

SANDRA ALVES DOS SANTOS

**AS DECLARAÇÕES DOS USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE
A RESPEITO DAS DOENÇAS PREEXISTENTES NO
MOMENTO DA CONTRATAÇÃO E SEUS REFLEXOS NA
COBERTURA ASSISTENCIAL**

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do curso de bacharelado em
Direito do Centro Universitário de Brasília.
Orientador: Prof. Walter José Faiad de
Moura.

**Brasília
2009**

Dedico esse trabalho a Deus, que me permitiu produzi-lo com afinco e sabedoria e aos meus pais, Lourdes Alves C. dos Santos e Waldston Sabino dos Santos, que puderam fazer desse sonho realidade.

Dedico também aos amigos e companheiro pelo apoio fornecido em todas as etapas.

Agradeço à Procuradora da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Dra. Eliana Sartori, pela inestimável atenção e auxílio dados com tanta propriedade em contribuição a este trabalho, sem os quais não teria sido tão proveitoso.

Agradeço também ao Vice-Presidente do Conselho Federal de Medicina e professor universitário do curso de Medicina, Dr. Rafael Dias Marques Nogueira, pelos materiais fornecidos para o aprimoramento do presente trabalho e pelas relevantes informações prestadas.

Agradeço ao assessor jurídico da presidência do Superior Tribunal de Justiça, Dr. Edson Durães de Vellasco, pelo apoio com bibliografias atinentes ao trabalho.

Por fim, agradeço ao meu orientador, Dr. Walter José Faiad de Moura, pelas imprescindíveis orientações prestadas ao longo do ano e pelo sucesso dessa monografia.

"Não há nada como um sonho pra criar o futuro"

Leonardo da Vinci

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar a relação jurídica entre usuários de plano de saúde e operadoras de plano ou seguro privado de assistência à saúde, com enfoque especial na conduta das operadoras e nas informações prestadas pelo usuário-consumidor no momento da contratação a respeito da existência de lesões ou doenças preexistentes, com a finalidade de determinar se há, ou não, a obrigatoriedade de cobertura indenizatória pelas operadoras. São tratados no presente trabalho conceitos essenciais para o entendimento da discussão como de doenças ou lesões preexistentes, cobertura assistencial, dever de informação, boa-fé objetiva, bem como entendimentos doutrinários e jurisprudenciais a respeito das corriqueiras condutas contratuais perpetradas no mercado de consumo. O trabalho examina como as informações de saúde são passadas ao fornecedor e ao consumidor, quais os documentos exigidos (Declaração de Saúde, documentos pessoais) e as legislações aplicáveis ao caso discutido. Ao final, são levantadas informações colhidas em pesquisas participantes realizadas com os corretores de cada plano de saúde avaliado, analisadas a forma de atuação de cada plano de saúde nas simulações de contratação e feita uma conclusão de tudo que foi explorado.

Palavras-chave: Consumidor. Saúde. Doenças ou lesões preexistentes. Informações.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE	11
1.1 Breve histórico	11
1.2 Conceito de Plano de saúde e seguro-saúde	12
1.3 As partes contratantes de plano de saúde	16
1.3.1 Conceito de usuário de plano de saúde e diferenças da figura de segurado	16
1.3.2 Planos e operadoras de planos de saúde	17
1.4 Tipos ou espécies de planos de saúde	21
1.4.1 Planos abertos e fechados	21
1.4.2 Plano-referência e planos segmentados	22
1.4.2.1 Plano ambulatorial	22
1.4.2.2 Plano hospitalar	22
1.4.2.3 Plano hospitalar com atendimento obstétrico	23
1.4.2.4 Plano odontológico	23
1.5 Formas de contratação dos planos de saúde	23
1.5.1 Individual ou familiar	23
1.5.2 Coletiva	24
1.6 Modalidades de operadoras de planos e seguros de saúde	24
1.6.1 Medicina de grupo	25
1.6.2 Seguradora especializada em saúde	25
1.6.3 Cooperativa Médica	26
1.6.4 Autogestão	27
1.7 Órgãos reguladores	28
1.7.1 A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS	28
1.7.2 O Conselho de Saúde Suplementar - CONSU	31
1.7.3 Câmara de Saúde Suplementar – CSS	32
1.8 Panorama legal	33
1.8.1 A Lei de Planos de saúde e seus objetivos	33
1.8.2 A prestação de serviços assistenciais antes e depois da lei 9.656/98	34
1.8.3 Os planos de saúde à luz da Constituição Federal e do Código de Defesa do Consumidor	36
1.8.4 O Código Civil e as normas da ANS	40
2 AS DECLARAÇÕES DOS USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE A RESPEITO DAS DOENÇAS PREEXISTENTES NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO E SEUS REFLEXOS NA COBERTURA ASSISTENCIAL	42
2.1 Da negativa de cobertura médico-hospitalar pelos planos de saúde com base nas declarações de saúde prestadas pelo usuário-consumidor	42
2.1.1 Conceito de cobertura de plano de saúde	42
2.1.2 As doenças preexistentes (DLP)	46
2.1.3 As declarações dos usuários no ato contratual e a Declaração de saúde	49
2.1.4 Ônus da prova das doenças preexistentes	52
2.2 A aplicação do artigo 766 do novo Código Civil aos planos de saúde	54
2.2.1 O dever de informação e a boa-fé dos contratantes	54
2.3 A responsabilidade pelas declarações prestadas na declaração de saúde	58
2.3.1 Responsabilidade civil	58
2.3.2 A responsabilidade dos planos e seguros-saúde x prestadores	62
2.3.3 O entendimento dos tribunais	64
3 OS PLANOS DE SAÚDE NA PRÁTICA	70
3.1 Apresentação da pesquisa	70
3.2 Metodologia da pesquisa	70
3.3 Base empírica da pesquisa	71
3.4 Resultados	72
4 ANÁLISE DE RESULTADOS	74
CONCLUSÃO	77

REFERÊNCIAS	80
ANEXO A – MODALIDADES DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E FATIA REPRESENTATIVA NO MERCADO DE CONSUMO.....	86
ANEXO B – ENTIDADES INTEGRATIVAS DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	87
ANEXO C – JURISPRUDÊNCIA.....	88
ANEXO D – MODELO DE PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E DECLARAÇÃO DE SAÚDE.....	92

INTRODUÇÃO

O direito à saúde é um direito social básico protegido por nossa Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, que garante a todos os cidadãos o acesso aos serviços de proteção e recuperação da saúde. A busca pelo bem estar social permitiu que planos e operadoras de planos privados de assistência à saúde atuassem conjuntamente com o setor público de saúde na prestação supletiva de serviços à população.

Nesse contexto, os planos de saúde vieram para complementar a assistência pública de saúde compreendendo todas as ações necessárias à prevenção de doenças e à manutenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Apesar da atuação assistencial das operadoras em atenção à saúde, esses contratos de assistência médica e de longa duração trouxeram alguns problemas ao consumidor. São as conhecidas doenças preexistentes que, juntamente com a negativa de cobertura assistencial, já tomam o cenário sanitário e continuam a causar litígios. Essas doenças consistem em males que o consumidor já tem conhecimento quando do ato da contratação.

Os corretores, prepostos das operadoras, são os grandes vilões das desavenças. São os responsáveis pelo preenchimento descuidado e lacunoso da proposta de admissão, uma vez que o interesse desses intermediários é tão-somente a venda do contrato em troca de comissão, pouco importando a percepção do contrato pelo consumidor.

Nesse aspecto reside a problemática que reluta entre usuários- consumidores e operadoras de planos de saúde, discutida amplamente no presente trabalho: a responsabilidade dessas fornecedoras de serviços na cobertura assistencial de doenças, objeto do contrato de plano de saúde, pela desídia operada na contratação.

O contrato de plano de saúde tem por objeto a garantia de serviços assistenciais à saúde suficientes para o restabelecimento da saúde do consumidor. Nele o que

se contrata é a disposição da prestação de serviços assistenciais para, sempre que o consumidor tiver necessidade, utilizá-los.

Para combater a negativa de cobertura assistencial e evitar os grandes conflitos com consumidores, a Lei de Planos de Saúde e as Normas Regulamentares da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) previram a possibilidade da chamada entrevista qualificada e a exigência de exames médicos ou perícias pelos planos, cujo objetivo principal visa evitar a desassistência e o descaso com os consumidores.

Essa mencionada entrevista corresponde ao meio que as operadoras de saúde têm para submeter o consumidor à prestação correta das informações de saúde por meio do auxílio de um médico ou profissional de saúde.

Apesar da Lei de Planos de Saúde e das Regulamentações Normativas trazerem orientações e procedimentos a serem observados nos atos das contratações de consumo, as operadoras de saúde tem se negado a cumpri-las, preferindo o litígio judicial à correta atuação no mercado.

O consumidor, ainda que doente ou portador de doença ou lesão preexistente, permanece com o direito a efetivar contratações. A preexistência do portador não configura óbice ou impedimento à pactuações, podendo este optar pelas alternativas dispostas em Lei.

Toda essa análise e reflexão serão amplamente tratadas no desenvolver do trabalho. Para melhor entendimento da discussão, serão discutidos no primeiro capítulo o surgimento, a concepção, espécies e modalidades de planos de saúde, a diferença para o seguro de saúde, os órgãos fiscalizadores do setor de saúde suplementar, bem como feita uma abordagem do panorama legal que subsidia essas relações no mercado.

O segundo capítulo tratará sobre o problema da negativa de cobertura assistencial, as doenças preexistentes na acepção da palavra, as declarações prestadas pelo consumidor no ato contratual e o formulário da Declaração de Saúde, o ônus da prova da má-fé nas declarações, o dever de informação e de boa-fé contratuais, além dos entendimentos jurisprudenciais sobre a responsabilidade dessas fornecedoras pela cobertura assistencial.

No terceiro capítulo, serão analisadas as condutas ou formas de atuação das operadoras de saúde no mercado, por meio de simulações de contratações, cujo objetivo é o de detectar na prática se essas empresas respeitam ou não as leis e normas estabelecidas, como formalizam a venda dos planos de saúde no mercado, quais informações são passadas ao consumidor e qual das partes contratantes fica responsável pelo preenchimento do documento de Declaração de Saúde. Ainda neste capítulo, serão disponibilizados os resultados obtidos com a pesquisa, o questionário que a orientou e um quadro de resultados que permite a comparação com os quatro planos de saúde a serem avaliados.

Por fim, em um quarto capítulo, será feita uma análise dos resultados obtidos e disponibilizada uma possível solução para o problema da recusa ou negativa assistencial.

1 CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

1.1 Breve histórico

Os planos privados de assistência à saúde surgiram no Brasil na década de 60¹, tendo especial relevância na década de 80, período de grande expressão e desenvolvimento. Neste período tiveram considerável destaque em virtude da deficiência e perda da qualidade do setor público de saúde, além dos elevados custos da medicina privada.²

A insatisfação e a insegurança da população diante da prestação do serviço público de saúde fizeram com que, em relativo pouco tempo, um número expressivo de consumidores brasileiros se visse vinculado a um contrato privado de prestação de serviços de saúde.³

Nesse contexto, nas décadas de 80 e 90, tornou-se visível o sensível crescimento do número absoluto de consumidores e mudança em seu perfil. O número de pessoas abrangidas pelo sistema privado de planos de saúde nesse período cresceu em 12 milhões, refletindo na participação dos usuários de cada classe social. Houve nítido crescimento da população mais rica, bem como sua participação nos planos de saúde, e queda dos mais pobres em virtude da onda de desemprego e redução da renda dos menos favorecidos.⁴

O Florescimento desses planos iniciou-se nas relações trabalhistas por meio dos chamados planos empresariais ou coletivos. Neles os empregadores participavam arcando com parte dos custos do tratamento de saúde de seus empregados, garantindo à eles tratamento à custo menor. Esses benefícios eram oferecidos como “salários indiretos”,

¹ ALMEIDA, Arlindo de. A solução para o problema da saúde é mista e solidária. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, jan./apr. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40141999000100012&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 maio 2009.

² PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 16.

³ OLIVEIRA, Amanda Flávio de. Regulamentação dos planos de saúde e proteção da pessoa humana. **Revista de direito do consumidor**, Brasília, ano 13, n. 51, p. 101-111, jul./ set. 2004.

⁴ PFEIFFER, op. cit., p. 16.

integrando o contrato de trabalho, embora o empregado normalmente pagasse parte dos custos do plano.⁵

Com o passar do tempo e com o desenvolvimento das relações de mercado, as operadoras de saúde passaram a disponibilizar planos de saúde individuais, oferecendo, portanto, a qualquer pessoa interessada a contratar. Ocorreu a expansão do mercado de planos, atraindo, portanto, todos os que não contassem com o plano de saúde empresarial.⁶

1.2 Conceito de Plano de saúde e seguro-saúde

Os Planos de assistência à saúde são contratos em que o fornecedor garante tratamento de saúde, por meio de seus profissionais contratados, ao consumidor ganhando para isso uma prestação ou prêmio mensal.

É modalidade que pretende:

assegurar ao consumidor, nos campos de assistência médica e hospitalar, a cobertura de gastos referentes a cirurgias, honorários médicos, exames laboratoriais, tratamentos, consultas médicas, internações, etc.⁷

Essa assistência à saúde é

entendida como um conjunto de serviços de diagnósticos, terapêuticos e cirúrgicos, [...] que é prestada tanto pelo Poder Público como por instituições privadas. [...] está organizada sob a forma de um sistema único, que tem por diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.⁸

Esses planos consistem em contratos no qual, mediante o pagamento de um prêmio mensal, os fornecedores se obrigam a garantir, sempre que necessário, tratamento de

⁵ PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 16.

⁶ Ibidem, p. 16.

⁷ FORTALEZA, Dulcinéia Zampieri; VIEIRA, Cristiane Maria; BONATTO, Maura de Fátima. **Saúde: planos privados de assistência suplementar**. Rio de Janeiro: Forense, 2002. p. 9.

⁸ ROCHA, Sílvio Luís Ferreira da. Contratos de assistência médica pré-pagos e disciplina prevista na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 229.

saúde aos consumidores. São contratos de natureza securitária, pois neles o tratamento somente será utilizado se o evento aleatório de problema de saúde ocorrer.⁹

Caracterizam-se como típicos contratos de adesão, no qual, o fornecedor (estipulante) define previamente os termos do contrato. Entende-se por contratos de adesão aqueles que não resultam do livre debate que precede, de forma geral, as demais espécies de contratos. Nele as cláusulas são pré-constituídas unilateralmente pela parte economicamente mais forte (Plano de saúde), cabendo à outra (usuário) tão somente aceitá-las.¹⁰

São contratos de prestação diferida ou continuada, pois possuem prestações de serviços contínuos e que se propagam no tempo.¹¹ Sua natureza é aleatória devido ao risco de ocorrência do sinistro, característica intrínseca.¹² Neles, o consumidor paga pelos serviços que contratou, mas não quer receber a prestação, ou seja, não quer adoecer e o fornecedor assume o risco do empreendimento e do sinistro ocorrer.¹³

Os contratos de plano de saúde baseiam-se na solidariedade, confiança e cooperação. Por isso, esses contratos só atendem às expectativas das partes quando duram por longo período, pois devem atender permanentemente as necessidades do consumidor que não se exaurem em uma única ação.¹⁴

Os contratos de planos e seguros-saúde são relações entre privados onde o consumidor opta tratar sua saúde por outros meios que não os serviços públicos. São típicas relações de consumo que sofrem incidência do Código de Defesa do Consumidor e, principalmente, da Lei 9656/98, lei dos planos de saúde.¹⁵

⁹ PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 15.

¹⁰ GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. São Paulo: RT, 2007. p. 128-130.

¹¹ NUNES, Rizzatto. O Código de Defesa do Consumidor e os planos de saúde: o que importa saber. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 245.

¹² GREGORI, op. cit., p. 133-134.

¹³ NUNES, op. cit., p. 243.

¹⁴ PFEIFFER, op. cit., p. 56.

¹⁵ SCHMITT, Cristiano Heineck. Visões sobre os planos de saúde privada e o Código de Defesa do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 89.

De acordo com Dulcinéia Fortaleza e outras: “Existe ainda muita confusão acerca da definição do seguro e dos outros contratos que têm por objetivo a cobertura da saúde de seus contraentes, embora sejam semelhantes, possuem natureza jurídica distinta”.¹⁶

Os planos de saúde divergem dos seguros-saúde em suas características. Os planos são contratos realizados entre empresas prestadoras de assistência à saúde (pessoa física ou jurídica) e o beneficiário, o qual recebe os serviços de assistência à saúde e realiza uma contraprestação por eles, ou seja, realiza o pagamento em dinheiro periodicamente. Neles, o beneficiário recebe diretamente os serviços assistenciais do empreendedor ou prestador de serviços de assistência médico-hospitalar. São contratos de saúde operados não só por planos ou por companhias seguradoras, mas também por cooperativas de serviços médicos e empresas de medicina em grupo.¹⁷

Os planos são:

outra modalidade que consiste no oferecimento de uma rede própria, em que os médicos são empregados, sócios ou associados (cooperados) da operadora e os estabelecimentos de saúde a ela pertencem ou são contratados para prestar-lhe o serviço. O consumidor apenas pode optar na lista apresentada pela operadora.¹⁸

Já o seguro de saúde, propriamente dito, é uma espécie de seguro de pessoas, “operado por companhia de seguro mediante regime de livre escolha de médicos e hospitais e reembolso das despesas médico-hospitalares nos limites da apólice”.¹⁹ São contratos firmados entre a sociedade seguradora e o beneficiário, no qual o prestador de assistência médico-hospitalar (pessoa física ou jurídica) é livremente escolhido pelo segurado e este, posteriormente, ressarcido pelos custos assistenciais realizados. O objeto desse seguro-

¹⁶ FORTALEZA, Dulcinéia Zampieri; VIEIRA, Cristiane Maria; BONATTO, Maura de Fátima. **Saúde: planos privados de assistência suplementar**. Rio de Janeiro: Forense, 2002. p. 15.

¹⁷ PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 26-27.

¹⁸ Ibidem, p. 54.

¹⁹ CAVALIERI FILHO, Sergio. Responsabilidade do segurador. In: CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de responsabilidade civil**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 425.

saúde não é a prestação de serviços à saúde, mas sim a cobertura de riscos de assistência médica e hospitalar, também mediante pagamento em dinheiro.²⁰

Sobre os seguros de saúde temos que:

É o típico contrato de seguro, que tem por finalidade a cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar, mediante pagamento em dinheiro, efetuado pela sociedade seguradora, à pessoa física ou jurídica prestatante da assistência médico-hospitalar ao segurado. [...]. Assim, a seguradora limita-se a reembolsar ou pagar despesas de tratamento, não participando da prestação do serviço.²¹

Nesse contexto, então, “ao segurado assiste o direito de livre escolha do médico e do hospital”.²² A assunção do risco é paga pelo segurado à seguradora. Esta não presta serviços assistenciais, apenas arca com as despesas do tratamento aos prestadores de serviço escolhidos pelo segurado.²³

Nesses seguros de saúde:

o pagamento do seguro pelos segurados ou beneficiários é uma forma de dividir entre os associados os riscos do grupo. Cada um assume individualmente uma pequena parte dos gastos que outro vier a ter. O preço pago por cada segurado por meio de suas mensalidades equivale, em parte, ao risco do custo dos tratamentos de cada segurado.²⁴

Vale lembrar que esses contratos²⁵ “só podem ser ofertados por pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros, isto é, pelas seguradoras” especializadas em saúde.²⁶

²⁰ PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 26-27.

²¹ Ibidem, p. 26-27.

²² Ibidem, p. 26.

²³ Ibidem, p. 27.

²⁴ FORTALEZA, Dulcinéia Zampieri; VIEIRA, Cristiane Maria; BONATTO, Maura de Fátima. **Saúde: planos privados de assistência complementar**. Rio de Janeiro: Forense, 2002. p. 2-15.

²⁵ O seguro-saúde surgiu como plano de custeio, garantindo aos segurados a livre escolha de médicos e hospitais e o reembolso de despesas. Atualmente, além do reembolso, trabalham com hospitais, médicos e laboratórios credenciados, contratados e referenciados. O segurado tem a opção de utilizar a rede credenciada conveniada com a seguradora. FORTALEZA, Dulcinéia Zampieri; VIEIRA, Cristiane Maria; BONATTO, Maura de Fátima. **Saúde: planos privados de assistência complementar**. Rio de Janeiro: Forense, 2002. p. 15.

1.3 As partes contratantes de plano de saúde

A relação contratual de consumo do segmento de assistência à saúde se dá entre uma pessoa jurídica que oferece a prestação de serviços de assistência à saúde e o aderente dela, o consumidor. Nesse contexto veremos os sujeitos contratantes dos planos de assistência privada à saúde.

1.3.1 Conceito de usuário de plano de saúde e diferenças da figura de segurado

Os usuários de plano de saúde são as partes vulneráveis do contrato de plano de saúde que solicitam a prestação de determinados serviços descritos em contrato com o objetivo de prevenir-se de possíveis doenças.²⁷

São considerados típicos consumidores, conforme preleciona o art. 2º, *caput*, do CDC.²⁸

Figura como contratante nos planos de saúde visando sempre os serviços assistenciais de tratamento à saúde, caso perceba necessidade.

O usuário adquire os serviços disponibilizados restritamente pelo seu plano, não devendo efetuar nenhum pagamento por eles. O pagamento desses serviços é de inteira responsabilidade do plano de saúde contratado, que assumiu o risco do acontecimento ou evento futuro e incerto desde o início do contrato.²⁹

Outra parte que figura como contratante, agora, nos contratos de seguro de saúde é o segurado. Suas características nos seguro de saúde não diverge muito da figura de usuário de planos de saúde. Ambos são considerados consumidores para o Código de Defesa

²⁶ ROCHA, Sílvia Luís Ferreira da. Contratos de assistência médica pré-pagos e disciplina prevista na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 230.

²⁷ CARVALHO SOBRINHO. Linneu Rodrigues de. Comentários à Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. In: CARVALHO SOBRINHO. Linneu Rodrigues de. **Seguros e Planos de Saúde: comentários, orientações do Ministério da Saúde, glossário, jurisprudência, danos morais decorrentes, legislação**. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2001. p. 5-6.

²⁸ Art. 2º - “Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final”. BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

²⁹ Caso o consumidor de plano de saúde venha a utilizar os serviços assistenciais por profissionais ou entidades hospitalares não enquadráveis ou constantes da rede credenciada contratada, poderá ter direito ao reembolso, desde que previamente previsto em contrato. Tal reembolso corresponde, na maioria das vezes, um percentual ou valor abaixo dos gastos assistenciais realmente despendidos pelo consumidor.

do Consumidor. São tratados com terminologia diferente em razão dos benefícios e das peculiares que cada contrato possui.³⁰

Nos planos de saúde, o usuário está restrito à escolha de profissionais e entidades de saúde credenciados ao plano. O paciente não tem a livre escolha. Caso faça opção de atendimento por profissional não credenciado da rede do plano de saúde contratado, ficará obrigado arcar com as despesas médicas.³¹

Nos seguros de saúde, contratos realizados entre segurador e segurado, a situação é diferente. Por meio desse contrato³², o segurado possui total liberdade de escolha de profissionais e hospitais de sua preferência, havendo o ressarcimento de despesas médicas, caso utilize os serviços de saúde.³³

O conceito de segurado ou usuário está definitivamente delineado no artigo 2º do Código de Defesa do Consumidor.³⁴ O usuário, por ser consumidor, poderá assumir a forma de pessoa física ou jurídica que esteja na posição de destinatário final da prestação de serviços.

1.3.2 Planos e operadoras de planos de saúde

A lei 9.656/98 “foi elaborada para regular as operações das pessoas jurídicas de direito privado que prestam serviços de assistência à saúde, nas duas modalidades

³⁰ De igual forma, quer um quer outro (plano ou seguro de saúde), se propõem a uma prestação de serviços eventual e aleatória, consistindo numa relação de consumo, regida, prevalentemente, pelo Código de Defesa do Consumidor – Lei n. 8.078 de 11.9.1990, de tal maneira, que o legislador no art. 35-H, estendeu a proteção aos usuários, digamos consumidores, de planos ou seguros privados de assistência à saúde. A preferência o do consumidor tende para o contrato de pré-pagamento, mas coexiste uma forma mista de seguro saúde onde ocorrem reembolsos das despesas médicas e pré-pagamento, concomitantemente. CARVALHO SOBRINHO. Linneu Rodrigues de. Comentários à Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. In: CARVALHO SOBRINHO. Linneu Rodrigues de. **Seguros e Planos de Saúde: comentários, orientações do Ministério da Saúde, glossário, jurisprudência, danos morais decorrentes, legislação**. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2001. p. 5.

³¹ Ibidem, p. 5.

³² Nesse caso, a operadora permite ao consumidor a livre escolha de médicos e estabelecimentos de saúde, reembolsando-o pelos gastos efetuados, de acordo com os limites previamente pactuados. Sendo assim, a escolha do consumidor é absolutamente livre. PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 54.

³³ CARVALHO SOBRINHO. Linneu Rodrigues de. Comentários à Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. In: CARVALHO SOBRINHO. Linneu Rodrigues de. **Seguros e Planos de Saúde: comentários, orientações do Ministério da Saúde, glossário, jurisprudência, danos morais decorrentes, legislação**. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2001. p. 5.

³⁴ Art. 2º- “Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final”. BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

conhecidas: a) planos de saúde e b) seguros de saúde”.³⁵ Com a medida provisória n. 1.976-25, “a referência aos seguros de saúde desapareceu. A lei fala agora em Plano Privado de Assistência à Saúde e Operadora de Plano de assistência à saúde”.³⁶

Os planos assumem o papel de contratado nos contratos que tem por objeto a satisfação das necessidades de seus usuários por meio de seus prestadores ou profissionais contratados. Os contratos de plano de saúde se dá “entre empresas de saúde ou prestadoras de serviço e seus respectivos clientes, e a operação é sempre de caráter coletivo, mútuo ou solidário em algum aspecto fundamental”.³⁷

As operadoras de plano de assistência à saúde são as grandes responsáveis pela disponibilização de serviços de saúde suplementar no mercado de consumo. Entende-se por operadora toda pessoa jurídica de direito privado, constituída sob modalidades diversas (sociedades civis e comerciais, cooperativas, seguradoras especializadas, entidades de autogestão) que oferte no mercado produto (plano de saúde) ou serviços de saúde estabelecidos na lei de planos de saúde.³⁸

As operadoras possuem várias modalidades organizacionais como a medicina ou odontologia de grupo, seguradora, cooperativa médica ou odontológica, filantropia, autogestão e administradora.³⁹

Nesse sentido, “As pessoas jurídicas que operam os planos de assistência à saúde são típicas prestadoras de serviços, conforme enquadramento no art. 3º, *caput*, c/c com o § 1º do mesmo artigo do Código de Defesa do Consumidor”.⁴⁰

³⁵ NUNES, Luiz Antônio Rizzatto. **Comentários à lei de plano privado de assistência à saúde**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 13.

³⁶ Ibidem, p. 13.

³⁷ LOPES, José Reinaldo de Lima; GARCIA NETO, Paulo Macedo. Consumidores de planos de saúde (ou, doente também tem direitos) – uma revisão. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 170.

³⁸ PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 28.

³⁹ GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. São Paulo: RT, 2007. p. 17.

⁴⁰ NUNES, op. cit., p. 13.

Prestadores de serviços nos planos de saúde exercem papel primordial, já que prestam os serviços de forma direta ao usuário. Esses prestadores podem ser “médicos empregados, sócios ou associados (cooperados) da operadora e os estabelecimentos de saúde a ela pertencem ou são contratados para prestar-lhe o serviço”.⁴¹

Nessa esteira destaca Sílvio Luís Ferreira da Rocha:

O rol de prestadores de serviços privados de assistência à saúde é extenso e variável. Uns são profissionais, pessoas físicas ou jurídicas, que prestam diretamente aos pacientes, mediante contraprestação livremente pactuada, os serviços solicitados ou necessários. Entre eles, os médicos, as clínicas e os hospitais. Outros se organizam como empresa, captam, mediante oferta pública, clientes (potenciais pacientes) e intermediam a prestação futura de serviços de assistência à saúde mediante o uso de instrumentos jurídicos, como o contrato de seguro e o contrato de assistência médica pré-pago.⁴²

São modalidades de operadoras de saúde os seguros de saúde, cooperativas de médicos e empresas de medicina em grupo, merecendo o primeiro grande destaque pela sua relevância e aumento no mercado consumerista.

O seguro de saúde é uma modalidade que visa a cobertura apenas de riscos de assistência médico-hospitalar.⁴³ Neles, a seguradora funciona apenas como uma administradora de fundos captados mediante contrato (intermediárias e gestoras).⁴⁴ Tem por objeto a aquisição de recursos alheios capazes de constituir um fundo comum apto a cobrir os riscos assumidos. Essas operadoras ou administradoras de planos visam não a prestação de

⁴¹ PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 54.

⁴² ROCHA, Sílvio Luís Ferreira da. Contratos de assistência médica pré-pagos e disciplina prevista na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 230.

⁴³ Ibidem, p. 230.

⁴⁴ CARVALHO SOBRINHO. Linneu Rodrigues de. Comentários à Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. In: CARVALHO SOBRINHO. Linneu Rodrigues de. **Seguros e Planos de Saúde: comentários, orientações do Ministério da Saúde, glossário, jurisprudência, danos morais decorrentes, legislação**. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2001. p. 5.

serviços assistenciais de saúde, mas sim a cobertura de riscos previstos, funcionando apenas como entidade indenizadora dos profissionais de saúde escolhidos livremente pelo segurado.⁴⁵

As sociedades civis ou comerciais (anônimas, de responsabilidade limitada) e associações civis (cooperativas) e entidades de autogestão são as formas de seguros-saúde que geralmente prestam medicina pré-paga.⁴⁶

O segurador, nesses contratos, recebe prestações pecuniárias (prêmios) do segurado para que haja a formação de um fundo comum, administrado pelo primeiro, objetivando garantir ao segundo o pagamento de indenização ou soma em dinheiro a todos aqueles que forem afetados por algum dos riscos previstos em contrato.⁴⁷

Nesse contexto, as “Companhias seguradoras são empresas que atuam no mercado dos seguros. Funcionam como administradoras dos seguros que lhe são confiados e não podem fazer negócios em outro ramo do comércio ou da indústria”.⁴⁸

Conforme José Lopes e Paulo Neto:

Uma seguradora ou administradora de seguros de saúde deve ser percebida, primeiro, como intermediária e gestora nesses contratos. Trata-se de gerir recursos captados do público em geral. Ao lado do aspecto financeiro que a atividade adquire, sua função é nitidamente distributiva, ou seja, alocar a cada segurado ou participante do plano, segundo as cláusulas de adesão ao fundo, parte suficiente da receita capaz de cobrir os riscos contratados, o que dá ao seguro o caráter de mutualidade.⁴⁹

A seguradora é, portanto, uma intermediária de recursos financeiros que oferta no mercado de seguros privados de assistência à saúde a assunção de riscos e responsabilidade no lugar do segurado.

⁴⁵ LOPES, José Reinaldo de Lima; GARCIA NETO, Paulo Macedo. Consumidores de planos de saúde (ou, doente também tem direitos) – uma revisão. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 170-172.

⁴⁶ PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 29.

⁴⁷ LOPES, op. cit., p. 170.

⁴⁸ FORTALEZA, Dulcinéia Zampieri; VIEIRA, Cristiane Maria; BONATTO, Maura de Fátima. **Saúde: planos privados de assistência suplementar**. Rio de Janeiro: Forense, 2002. p. 7.

⁴⁹ LOPES, op. cit., p. 171.

Para o Código de Defesa do Consumidor são fornecedoras em virtude da disponibilização de serviços de natureza securitária. A previsão está no artigo 3º, caput e § 2º.⁵⁰

1.4 Tipos ou espécies de planos de saúde

1.4.1 Planos abertos e fechados

Os planos privados fechados de assistência à saúde são planos destinados a um determinado grupo de pessoas. São disponibilizados exclusivamente a empregados ativos, ex-empregados, aposentados, pensionistas, participantes de associações, sindicatos e classes profissionais, bem como seus respectivos parentes, consanguíneos e afins até o terceiro grau.⁵¹

Esses planos são autogeridos por empresas, grupos de empresas, associações, sindicatos e entidades de classes profissionais.⁵²

Os planos privados abertos de assistência à saúde são planos destinados a qualquer pessoa ou empresa que tenha interesse em contratar.⁵³ Podem ser ofertados por pessoas jurídicas, às quais é facultado adotar qualquer forma jurídica de constituição.⁵⁴

De acordo com a Lei de planos de saúde, 9.656/98, as operadoras que ofertarem esse tipo de plano, ou seja, operadoras de plano privado aberto deverão oferecer aos

⁵⁰ Art. 3º - “Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços” - § 2º “Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista”. **BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

⁵¹ PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde.** São Paulo: RT, 2008. p. 30.

⁵² ROCHA, Sílvio Luís Ferreira da. Contratos de assistência médica pré-pagos e disciplina prevista na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde.** São Paulo: RT, 2008. p. 230-231.

⁵³ UNIBANCO SEGUROS E PREVIDÊNCIA. **Planos abertos e fechados.** São Paulo, [2009]. Disponível em: <http://www1.unibancoaig.com.br/eep/ntp/cfu/daf/index.asp?nu_menu=2>. Acesso em: 13 set. 09.

⁵⁴ PFEIFFER, op. cit., p. 30.

consumidores o plano-referência de assistência à saúde⁵⁵, que assegure atendimento amplo e completo aos mesmos para o restabelecimento da saúde.⁵⁶

1.4.2 Plano-referência e planos segmentados

O plano-referência é o principal e mais completo plano de saúde oferecido no mercado. Compreende a assistência ambulatorial, hospitalar, odontológica e obstétrica.⁵⁷ São ofertados obrigatoriamente por operadoras de planos privados abertos.

Além desse plano, a Lei permitiu que empresas oferecessem também planos segmentados, ou seja, planos que “abarcassem apenas um dos segmentos abrangidos pelo plano-referência”.⁵⁸ Os principais segmentos serão tratados a seguir.⁵⁹

1.4.2.1 Plano ambulatorial

O plano ambulatorial deve conter a cobertura de consultas médicas em clínicas básicas e especializadas; cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais.⁶⁰

1.4.2.2 Plano hospitalar

O plano hospitalar compreende a cobertura de internações hospitalares e em centro de terapia intensiva ou similar (admitindo a exclusão de procedimentos obstétricos),

⁵⁵ A obrigatoriedade da oferta do plano-referência pelas operadoras de planos abertos, imposta pelo art. 10 da mencionada Lei, objetivou impedir que as operadoras de plano atuassem, tão-somente, em segmentos lucrativos da área médica, garantindo, portanto, aos contratantes um conjunto mínimo de serviços que devem estar à disposição deles.

⁵⁶ PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 30.

⁵⁷ Ibidem, p. 30.

⁵⁸ Ibidem, p. 30.

⁵⁹ De acordo com a classificação da ANS, a oferta das segmentações assistenciais específicas é uma faculdade das operadoras de planos de saúde e podem ser combinadas entre si. São elas: ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológico, referência, hospitalar com obstetrícia + ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia + ambulatorial, ambulatorial + odontológico, hospitalar com obstetrícia + odontológico, hospitalar sem obstetrícia + odontológico, hospitalar com obstetrícia + ambulatorial + odontológico, hospitalar sem obstetrícia + ambulatorial + odontológico. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Biblioteca**. Rio de Janeiro, [2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno_informaca_06_2009.pdf>. Acesso em: 13 set. 09.

⁶⁰ Ibidem.

despesas com honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exames, alimentação, medicação, dentre outros.⁶¹

1.4.2.3 Plano hospitalar com atendimento obstétrico

Esse tipo de plano garante a cobertura assistencial ao recém-nascido durante os primeiros 30 dias após o parto.⁶² De forma resumida, engloba os procedimentos relativos ao pré-natal e assistência ao parto.⁶³

1.4.2.4 Plano odontológico

O plano odontológico dá a cobertura de consultas e exames clínicos, auxiliares ou complementares, cobertura de procedimentos preventivos, além de pequenas cirurgias, também chamadas de cirurgias orais menores (ambiente ambulatorial, sem anestesia geral).⁶⁴

1.5 Formas de contratação dos planos de saúde

Os planos de saúde também podem ser classificados de acordo com o tipo de contratação. Os principais são os planos individuais ou familiares e os coletivos.⁶⁵

1.5.1 Individual ou familiar

O plano de saúde individual é aquele realizado entre um indivíduo e uma operadora de planos de saúde. Visa a assistência à saúde apenas do titular do plano. O plano familiar de assistência à saúde visa atender as necessidades do titular do plano e dos seus dependentes.⁶⁶

⁶¹ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Biblioteca**. Rio de Janeiro, [2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoess/caderno_informaca_06_2009.pdf>. Acesso em: 13 set. 09.

⁶² PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 32.

⁶³ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, op. cit.

⁶⁴ Ibidem.

⁶⁵ Consultando o caderno de informações da ANS, existe, ainda, outra espécie de plano quanto a contratação realizada, qual seja planos não identificados. Essa expressão é utilizada para designar os planos com vigência anterior à Lei 9.656/98, que não foram informados pelas operadoras. Ibidem.

⁶⁶ Ibidem.

A contratação será individual ou familiar sempre que “o consumidor pessoa física aderir livremente a qualquer modalidade de plano oferecida no mercado de consumo, podendo ou não, incluir grupo familiar ou dependentes”.⁶⁷

1.5.2 Coletiva

O plano coletivo é diferente. A contratação se circunscreve a uma pessoa jurídica e uma operadora de planos de saúde para a assistência de empregados ou funcionários, ativos, inativos, sindicalizados ou associados da pessoa jurídica contratante.⁶⁸

1.6 Modalidades de operadoras de planos e seguros de saúde

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regulamentou o setor de saúde estabelecendo as modalidades de operadoras de planos de saúde, conforme seus estatutos jurídicos ou organização.⁶⁹ Essas modalidades são as Administradoras, Autogestões, Cooperativas Médicas e Odontológicas, Filantropia, Seguradoras especializadas em saúde, Medicina de grupo e Odontologia de grupo.⁷⁰

Apesar da extensa lista de modalidades, em razão de objetividade serão tratadas apenas as características de cada uma das quatro principais modalidades, quais sejam medicina de grupo, seguradora especializada em saúde, cooperativa médica e autogestão.

⁶⁷ GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. São Paulo: RT, 2007. p. 145.

⁶⁸ Além das formas de contratação de planos mencionadas, existem, ainda, dois subtipos de contratos coletivos oferecidos aos consumidores no mercado. São os planos coletivos empresariais e os planos coletivos por adesão. A contratação coletiva empresarial é aquela que oferece cobertura a uma população delimitada e vinculada a determinada pessoa jurídica, podendo o vínculo ser empregatício, associativo ou sindical. A adesão ao plano empresarial é automática e ocorre na data da contratação do plano ou no ato da vinculação à pessoa jurídica contratante. A contratação coletiva por adesão é aquela que oferece cobertura para uma massa delimitada de consumidores, mas a adesão é espontânea e opcional do funcionário, associado ou sindicalizado. Ibidem, p. 145.

⁶⁹ Vide em anexo A o gráfico representativo da fatia de cada modalidade organizacional de operadora de plano de saúde no mercado de consumo atualmente e da fatia de consumidores aderidos a cada modalidade organizacional.

⁷⁰ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Biblioteca**. Rio de Janeiro, [2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno_informaca_06_2009.pdf>. Acesso em: 13 set. 09.

1.6.1 Medicina de grupo

As operadoras enquadradas nessa modalidade “comercializam planos privados de assistência à saúde pelos antes conhecidos convênios médicos-hospitalares. Representam a maior parte do mercado em número de operadoras e de consumidores”.⁷¹

A gestão dos planos de saúde por essa modalidade organizacional é feita por uma empresa privada (empresa limitada), “criada historicamente (mas não exclusivamente), por proprietários ou sócios de unidades hospitalares”.⁷²

Os serviços dessa operadora podem ser disponibilizados ou prestados por unidades próprias (os profissionais de saúde são empregados da empresa de medicina de grupo) ou através de redes credenciadas por ela (contrato da operadora com outros estabelecimentos).⁷³

De acordo com o CONASS, “A principal organização que as representa é a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge)”.⁷⁴

1.6.2 Seguradora especializada em saúde

As seguradoras de saúde são sociedades (empresas) autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras *especializadas* nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar o exercício ou atuação em quaisquer outros ramos de atividade ou modalidade.⁷⁵

De acordo com Maria Gregori:

Classificam-se como seguradoras especializadas em saúde as empresas que comercializam o seguro enquadrado como plano privado de assistência à

⁷¹ GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. São Paulo: RT, 2007. p. 147.

⁷² CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Saúde Suplementar**. Brasília: CONASS, 2007. v. 11. p. 23-24.

⁷³ Ibidem, p. 23.

⁷⁴ Ibidem, p. 24.

⁷⁵ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Biblioteca**. Rio de Janeiro, [2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno_informaca_06_2009.pdf>. Acesso em: 13 set. 09.

saúde, devendo, para tanto, realizar essa atividade com exclusividade, isto é, sem fazer o *mix* de carteiras com outros ramos do seguro.⁷⁶

Originalmente essas seguradoras operavam no mercado de consumo apenas como intermediadoras financeiras, ou seja, reembolsando os gastos de seus beneficiários com assistência médica conforme as condições firmadas em contrato. Não operavam com rede credenciada (rede de prestadores de serviços), mas cobriam os custos quando ocorressem sinistros. Atualmente essas operadoras são autorizadas a atuar com rede referenciada de prestadores de serviços, permanecendo, contudo, a vedação à prestação direta de serviços ou a manutenção de rede própria.⁷⁷ Garantem a assistência médica e atuam com o reembolso de valores com tetos pré-definidos.⁷⁸

A principal organização representativa dessas empresas é a Federação Nacional de Seguros (Fenaseg).⁷⁹

1.6.3 Cooperativa Médica

As cooperativas médicas são operadoras de planos privados de assistência à saúde que se organizam como sociedades de pessoas sem fins lucrativos, conforme Lei 5.764/71.⁸⁰

Essas cooperativas são formadas por profissionais, cooperados, onde os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços, recebendo cada qual sua parte, de forma proporcional à sua produção (quantidade de atendimento, segundo tabela da Associação Médica Brasileira-ABM).⁸¹

⁷⁶ GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. São Paulo: RT, 2007. p. 149.

⁷⁷ Ibidem, p. 150.

⁷⁸ CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Saúde Suplementar**. Brasília: CONASS, 2007. v. 11. p. 24.

⁷⁹ Ibidem, p. 24.

⁸⁰ GREGORI, op. cit., p. 148.

⁸¹ Ibidem, p. 148.

Elas disponibilizam os serviços dos próprios cooperados e também operam os chamados convênios médico-hospitalares.⁸² Há cooperativas que possuem hospitais próprios, onde os médicos são cooperados.⁸³

Sua principal organização representativa é a Unimed do Brasil.⁸⁴

1.6.4 Autogestão

As autogestões, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, são:

entidades que operam serviços de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados.⁸⁵

Os serviços assistenciais, nessa modalidade, são voltados a empregados de empresas e respectivos familiares, sendo a organização dessa operadora feita tanto pelos próprios empregados (caixas de assistência), quanto por departamentos de recursos humanos (própria empresa).⁸⁶

A organização representativa dessa modalidade de operadoras é a Unidas (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde).⁸⁷

⁸² GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. São Paulo: RT, 2007. p. 148.

⁸³ CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Saúde Suplementar**. Brasília: CONASS, 2007. v. 11. p. 24.

⁸⁴ *Ibidem*, p. 25.

⁸⁵ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Biblioteca**. Rio de Janeiro, [2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno_informaca_06_2009.pdf>. Acesso em: 13 set. 09.

⁸⁶ CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, op. cit., p. 25.

⁸⁷ *Ibidem*, p. 25.

1.7 Órgãos reguladores

1.7.1 A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS, é órgão regulador criado para fiscalizar todo o setor de saúde suplementar.

É uma “autarquia especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro, a quem a lei atribuiu relevantes competências nesse setor”.⁸⁸

A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País.⁸⁹

Esse órgão atua por meio de contrato de gestão, estando sempre subordinado às diretrizes do Conselho de Saúde Suplementar, CONSU. Possui independência decisória, além de autonomias financeira, gerencial e administrativa.⁹⁰

A Agência Nacional de Saúde foi criada por meio da medida provisória n. 1.928 de 1999, com posterior promulgação pela lei 9.961/2000.

É importante ressaltar que, “ela não regula todos os serviços de saúde, tais como prestadores de serviços, médicos, hospitais, medicamentos, mas apenas as operadoras de planos de assistência à saúde”.⁹¹

Compete à ANS “regular e fiscalizar a atuação das operadoras em geral, independente de sua constituição jurídica”.⁹²

⁸⁸ ROCHA, Sílvio Luís Ferreira da. Contratos de assistência médica pré-pagos e disciplina prevista na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 232.

⁸⁹ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Biblioteca**. Rio de Janeiro, [2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno_informaca_06_2009.pdf>. Acesso em: 13 set. 09.

⁹⁰ GREGORI, Maria Stella. O processo de normatização do mercado de saúde suplementar no Brasil. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 253-254.

⁹¹ Ibidem, p. 254.

⁹² Idem. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. São Paulo: RT, 2007. p. 140.

Suas atribuições são de autorização de funcionamento como operadora de planos de saúde, fiscalização das atividades das operadoras, fiscalização do cumprimento da lei 9.656/98 e sua regulamentação, proteção dos interesses dos consumidores, de autorização de reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias, dentre outras.⁹³

Conta com dois instrumentos de suma importância para o cumprimento da legislação de planos de saúde. Um deles é o Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta que consiste num pacto celebrado com as operadoras, por meio do qual as operadoras se comprometem a cessar as irregularidades e seus efeitos. O outro é o Termo de Compromisso de vantagens para os consumidores, voltado para a implementação de práticas benéficas.⁹⁴

Sua atividade fiscalizatória ou central se desenvolve de duas formas, por fiscalização direta e indireta. A primeira se dá por meio de programas preventivos que envolvem o consumidor e a segunda por acompanhamento e monitoramento das operadoras através da base de dados cadastrais.⁹⁵

Nos seguros e planos de saúde, exerce papel de grande relevância. Os seguros-saúde por serem regulamentados pela lei dos planos de saúde, pois são enquadrados como planos de assistência privada à saúde e a seguradora como operadora de plano de assistência à saúde, são fiscalizados pela ANS (Agência Nacional de Saúde) e, por isso, se submetem às suas normas (ADIn 1.931 STF).⁹⁶ Dessa forma, “as seguradoras especializadas

⁹³ ROCHA, Sílvio Luís Ferreira da. Contratos de assistência médica pré-pagos e disciplina prevista na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 232.

⁹⁴ GREGORI, Maria Stella. O processo de normatização do mercado de saúde suplementar no Brasil. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 256.

⁹⁵ GREGORI, op. cit., p. 257-258.

⁹⁶ Sustentou-se na ADIn 1.931 que a fiscalização das seguradoras que prestassem o seguro-saúde deveria ser da SUSEP, como estabelecia o Decreto-lei 73/66, salvo se houvesse lei de natureza complementar que dispusesse de maneira distinta. Porém, no julgamento da medida cautelar na ADIn 1.931, rel. Min. Maurício Corrêa, o STF, em um primeiro exame, afastou a tese da necessidade de lei complementar para disciplinar as matérias relativas à autorização, fiscalização e funcionamento das empresas em questão, uma vez que, desde a edição da CF/88, os planos privados de saúde não integram o sistema financeiro nacional, mas sim as ações e serviços de saúde (Título VIII, Capítulo II, Seção II, da Constituição), não exigindo, assim, a reserva de lei complementar, não havendo, assim, a inconstitucionalidade formal destes dispositivos. BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade. **ADIn 1.931**. Brasília, 10, de dezembro de 1998. Disponível em:

<<http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADIN&s1=1931&processo=19>>.

Acesso em: 13 jun. 2009. Texto encontrado também em: PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de

serão fiscalizadas pela ANS e não pela SUSEP, como dispõe de modo expresso o art. 1º, § 2º, da Lei 10.185/2001”.⁹⁷

As seguradoras submetidas à lei dos planos de saúde, somente poderão operar no mercado se especializadas no ramo de saúde e não exercer qualquer outro ramo de atividade ou modalidade. Trata-se do princípio da especialização.⁹⁸ É o que estabelece o artigo 1º, inciso II e I, respectivamente, da lei 9.656/98.⁹⁹

Os planos de saúde também estão submetidos à fiscalização da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). São contratos que, para serem comercializados, deverão realizar cadastro junto à agência reguladora. Tal medida previne que o consumidor tenha eventuais surpresas quanto a restrições de cobertura ou ao mínimo legal. A ANS tem a aptidão de determinar a suspensão temporária de comercialização do plano de saúde sempre que identificar qualquer irregularidade neles.¹⁰⁰

Nesse sentido:

A lei instituiu um regime de controle prévio do conteúdo do contrato, exercido pela agência reguladora no setor (a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS). Desse modo, de acordo com a lei, os planos oferecidos a partir de 1999 somente podem ser comercializados após o cadastro das operadoras e o depósito das minutas de contrato junto à ANS.¹⁰¹

Apesar da agência não fazer parte do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, conforme dispõe o decreto 2.181/97, atua com suas normas indicativo-políticas em defesa do consumidor, sempre em busca de equilíbrio nas relações assistenciais.¹⁰²

saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 29.

⁹⁷ Ibidem, p. 29.

⁹⁸ Ibidem, p. 29.

⁹⁹ Vide art. 1º, inciso I. BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

¹⁰⁰ PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 42-43.

¹⁰¹ Ibidem, p. 42-43.

¹⁰² GREGORI, Maria Stella. O processo de normatização do mercado de saúde suplementar no Brasil. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 259.

1.7.2 O Conselho de Saúde Suplementar - CONSU

O Conselho de Saúde Suplementar, CONSU, é outro órgão responsável, não só pelas operadoras de planos de saúde, mas também pela regulação e supervisão de todo o sistema de saúde suplementar.

Foi criado pela Lei 9.656/98, e posteriormente alterado pelo Decreto nº 4.044, de 6 de dezembro de 2001.¹⁰³

O CONSU é órgão colegiado, integrante da estrutura do Ministério da Saúde, competente para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.¹⁰⁴

É composto pelo Ministro da Justiça, que o preside; pelo Ministro da Saúde; pelo Ministro da Fazenda e Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão, além do Presidente da ANS, que atua como Secretário das reuniões.¹⁰⁵

Possui ampla competência normativa e fiscalizadora do setor de saúde suplementar, inclusive da própria Agência Nacional de Saúde Suplementar.¹⁰⁶

Dentre suas principais atribuições estão a de estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, aprovar o contrato de gestão da ANS, supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS, fixar diretrizes gerais para a constituição, organização, funcionamento e fiscalização das empresas operadoras de produtos de que tratar a Lei 9.656/1998 e deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar as decisões.¹⁰⁷

¹⁰³ BRASIL. **Decreto-lei nº 4.044, de 6 de dezembro de 2001.** Dá nova organização ao Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, criado pela Medida Provisória no 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/100221/decreto-4044-01>>. Acesso em: 10 maio 2009.

¹⁰⁴ PASQUALOTTO, Adalberto. A regulamentação dos planos e seguros de assistência à saúde: uma interpretação construtiva. In: MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. (Coord.). **Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde.** São Paulo: RT, 1999. p. 42.

¹⁰⁵ FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **O que é saúde suplementar.** Rio de Janeiro, [2009]. Disponível em: <<http://www.fenaseg.org.br/main.asp?View=%7BA51B3D30-1346-4CD1-ADBF-BE3D00C1B605%7D>>. Acesso em: 30 maio 2009.

¹⁰⁶ ROCHA, Sílvia Luís Ferreira da. Contratos de assistência médica pré-pagos e disciplina prevista na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde.** São Paulo: RT, 2008. p. 233.

¹⁰⁷ BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

Sendo assim, esses órgãos fiscalizadores realizam atividades de grande relevância no setor de saúde, pois tanto a ANS quanto o CONSU:

estão inseridos num novo modelo de intervenção no domínio econômico (sentido lato) que minimiza o papel do Estado como prestador direto do serviço e maximiza o papel do Estado como regulador dos serviços prestados por particulares.¹⁰⁸

1.7.3 Câmara de Saúde Suplementar – CSS

A Câmara de Saúde Suplementar “é um órgão consultivo formado por representantes de todos os segmentos da sociedade que protagonizam as relações no setor”. Foi criada originalmente pela Lei dos planos de saúde, Lei 9.656/98, que desde então se reúne periodicamente para debates. Em 2000, tornou-se órgão consultivo da ANS.¹⁰⁹

Num primeiro momento, foi criada para deliberar sobre questões da saúde suplementar, em auxílio à regulamentação do setor de saúde. Fez parte do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e, em momento posterior (MP 1.665/98), parte do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), como órgão deste.¹¹⁰

Desde a integração ao CONSU, a CSS deixou de ser órgão deliberativo para ser consultivo, tendo a prerrogativa de discussão sobre os assuntos relacionados à saúde suplementar.¹¹¹

Seu quadro é composto por entidades representantes dos protagonistas do setor (como Associações, Sindicatos, Cooperativas, Federações) e por órgãos de governo cujos assentos são definidos por lei (como ANS, Ministérios, Procons dentre outros).¹¹²

¹⁰⁸ ROCHA, Sílvia Luís Ferreira da. Contratos de assistência médica pré-pagos e disciplina prevista na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 233.

¹⁰⁹ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Câmara de Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro, [2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/instanciaparticipacao/camara_saude_suplementar.asp>. Acesso em: 13 set. 09.

¹¹⁰ CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Saúde Suplementar**. Brasília: CONASS, 2007. v. 11. p. 32-35.

¹¹¹ Ibidem, p. 32-35.

¹¹² Vide em anexo B a tabela com as entidades integrativas da Câmara de Saúde Suplementar. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Câmara de Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro, [2009].

Atualmente, é órgão da ANS funcionando como instância de participação e debate em matérias atinentes à saúde suplementar.¹¹³

1.8 Panorama legal

1.8.1 A Lei de Planos de saúde e seus objetivos

A lei dos planos de saúde, Lei 9.656/98, é o conjunto de normas regulamentares do setor de saúde privado e de regras de proteção contratual que visam resguardar o usuário-consumidor nas relações assistenciais de saúde. Além do papel de regulamentação, delinea nova disciplina jurídica aos planos privados de assistência à saúde.

Suas normas se destacam sobre três aspectos principais: o institucional, com a fixação de regras de entrada, permanência e saída das operadoras no mercado de saúde suplementar; o econômico-financeiro, ao estabelecer normas relativas à solvência e liquidez dessas operadoras; e o assistencial, mediante o disciplinamento da cobertura assistencial, abrangência dos planos, rede credenciada, procedimentos e eventos cobertos e não cobertos, carências, doenças e lesões preexistentes e cumprimento de cláusulas contratuais.¹¹⁴

Trouxe modificações relevantes ao sistema legal normativo e fiscalizador dando-lhe organicidade, modalidades de atuação, definição da natureza das relações, além de reconhecimento à especificidade do setor.¹¹⁵ Nesse panorama:

Veio conferir maior organicidade nas relações de consumo relativas aos planos de saúde, pois se verifica que, antes da regulação, era fato comum a estipulação de cláusulas contratuais abusivas de toda a espécie, em especial aquelas que excluía tratamentos que exigissem custos elevados ou, quando não, impunham a limitação das coberturas assistenciais nos procedimentos de alta complexidade. A prática demonstrava proliferarem cláusulas ininteligíveis, vagas, incompreensíveis, obscuras, de modo a não deixar claras as regras de cobertura assistencial, muito embora a publicidade divulgada pelas operadoras de planos de assistência à saúde desse a dimensão de uma integralidade do atendimento médico-hospitalar.¹¹⁶

Além disso:

Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/instanciaparticipacao/composicao_css.asp>. Acesso em: 13 set. 09.

¹¹³ CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Saúde Suplementar**. Brasília: CONASS, 2007. v. 11. p. 32-35.

¹¹⁴ GREGORI, Maria Stella. O Código de Defesa do Consumidor e a Lei 9.656/98: Antinomia ou complementaridade. **Revista de direito do consumidor**, Brasília, ano 14, n. 55, p. 199-209, jul./ set. 2005.

¹¹⁵ PASQUALOTTO, Adalberto. A regulamentação dos planos e seguros de assistência à saúde: uma interpretação construtiva. In: MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. (Coord.). **Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 1999. p. 41.

¹¹⁶ GREGORI, op. cit., p. 199-209.

A nova ordem trazida pela Lei 9.656/98 trouxe reconhecidos avanços no sentido de dar contornos mais definidos à dimensão assistencial do mercado de saúde suplementar. Passou-se, com o marco regulatório, a chamar as operadoras à responsabilidade não só pela manutenção, mas, principalmente, pela qualidade da assistência contratada pelo consumidor.¹¹⁷

A lei trata das características gerais dos instrumentos de contrato utilizados nas atividades das operadoras e também de questões relacionadas à operacionalidade, funcionamento, condições técnicas entre outras.¹¹⁸

Não se limitou a normatizar a regulação econômica do mercado de saúde suplementar, mas também disciplinou aspectos de manutenção e qualidade das coberturas assistenciais, contemplando, assim, regras de proteção contratual dirigidas aos planos privados de assistência à saúde.¹¹⁹

A Lei 9.656/98 “tem por objetivo regular as operadoras de planos de assistência à saúde e os próprios planos”.¹²⁰ Foi criada para regular o mercado de saúde suplementar, com vistas não só à fixação de regras econômicas para a operação dos planos privados de assistência à saúde, mas também, em busca de disciplinar a proteção contratual ao consumidor nesse segmento.¹²¹

Além disso, a lei visa coibir eventuais práticas abusivas pelos planos e operadoras de saúde, de forma a garantir a todos os contratantes um conjunto mínimo de serviços necessários à sua disposição.¹²²

Suas normas, portanto, representam avanços de regulação refletindo de forma definitiva na proteção ao consumidor.

1.8.2 A prestação de serviços assistenciais antes e depois da lei 9.656/98

Com a entrada em vigor da nova Lei de planos de saúde, novos embates apareceram. Impactos da nova legislação aos contratos anteriores e antinomias entre a legislação específica e o Código de Defesa do Consumidor tornaram-se palco de grandes questionamentos.¹²³

¹¹⁷ GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. São Paulo: RT, 2007. p. 166.

¹¹⁸ Ibidem, p. 138.

¹¹⁹ Ibidem, p. 152.

¹²⁰ Ibidem, p. 140.

¹²¹ Idem. O Código de Defesa do Consumidor e a Lei 9.656/98: Antinomia ou complementaridade. **Revista de direito do consumidor**, Brasília, ano 14, n. 55, p. 199-209, jul./ set. 2005.

¹²² ROCHA, Sílvia Luís Ferreira da. Contratos de assistência médica pré-pagos e disciplina prevista na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 234.

¹²³ OLIVEIRA, Amanda Flávio de. Regulamentação dos planos de saúde e proteção da pessoa humana. **Revista de direito do consumidor**, Brasília, ano 13, n. 51, p. 101-111, jul./ set. 2004.

Os serviços de planos e de assistência privada à saúde, antes da implementação da nova lei de planos de saúde, eram integralmente tutelados pelo Código de Defesa do Consumidor e pela legislação anterior especial aos seguros em geral.¹²⁴ Hoje, esses contratos anteriores ou “antigos” ainda sofrem aplicação do CDC, eis que diploma de origem constitucional criado para tutelar o direito fundamental de proteção ao consumidor.¹²⁵

Entende-se por contratos antigos aqueles celebrados antes da Lei 9.656/98. Apesar de não estarem subjugados à legislação citada, permanecem sob a égide da Constituição Federal e do Código de Defesa do Consumidor.¹²⁶

Nesse entendimento corrobora Maria Stella Gregori:

Confirma-se, portanto, que os contratos firmados anteriormente à edição da Lei 9.656/98 não estão por ela protegidos, mas, sem dúvida nenhuma, têm a proteção do Código de Defesa do Consumidor, que regula as relações jurídicas de consumo.¹²⁷

Antes mesmo do marco legal da saúde suplementar chegar, a defesa do consumidor já estava amparada pelos princípios e regras gerais do Código de Defesa do Consumidor, que permanecem aplicáveis às relações de consumo nesse mercado.

A implementação da nova lei especial 9.656/98 fez com que coexistissem dois sistemas legiferantes: a legislação do CDC, visualizada como lei “geral” de tutela dos consumidores em todos os contratos e relações de consumo, em conjunto com a legislação especial dos planos de saúde. Nesse pensamento observamos que:

Com a vigência da Lei 9.656/98, não houve a revogação tácita ou expressa de aplicabilidade do Código do Consumidor às relações jurídico-sociais de consumo de planos ou seguros de saúde [...] trata-se de leis que se completam, e somente em caso de antinomia a lei hierarquicamente superior deve prevalecer, no caso, o CDC.¹²⁸

Não obstante o artigo 35-G da Lei de planos de saúde estabelecer a aplicação subsidiária do Código de Defesa do Consumidor, ambas são normas que se

¹²⁴ MARQUES, Cláudia Lima. Visões sobre os planos de saúde privada e o Código de Defesa do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 136-137.

¹²⁵ Ibidem, p. 148-150.

¹²⁶ BICALHO, Ana Beatriz Rutowitsch. Os contratos de plano de saúde e a sua revisão jurisdicional. **Revista de direito do consumidor**, Brasília, ano 13, n. 49, p. 105-125, jan./ mar. 2004.

¹²⁷ GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. São Paulo: RT, 2007. p. 144.

¹²⁸ MARQUES, op. cit., p. 147.

completam e coexistem em “diálogo de fontes”, seguindo os mesmos princípios basilares. Há a aplicação cumulativa de leis, cada uma com suas normas.¹²⁹

Nesse pensamento corrobora a ilustre professora Cláudia Lima Marques:

Há, em verdade, aplicação cumulativa de ambas as leis aos contratos novos e aplicação isolada do CDC aos contratos anteriores. Há aplicação cumulativa aos contratos novos do CDC, pelo menos de forma unânime “no que couber”, uma vez que a Lei 9.656/98 trata com mais detalhes os contratos de planos privados de assistência à saúde do que o CDC, que é norma principiológica e anterior à lei especial.¹³⁰

A nova lei é usada “indiretamente para facilitar a aplicação e concreção das normas já existentes do CDC”¹³¹ e o Código de Defesa do Consumidor usado para interpretação da Lei 9.656/98, conforme previsão expressa do seu art. 3º.¹³²

Ainda sobre o tema, Maria Helena Diniz ensina:

A norma geral só não se aplicará ante a maior relevância jurídica dos elementos contidos na norma especial. Se a Lei nova for norma geral, e a antiga, lei especial, ou vice-versa, ambas poderão ter vigência, desde que uma não venha a colidir com a outra. Dever-se-á, então averiguar caso por caso se há ou não incompatibilidade; se não houver, ambas as disposições coexistirão. Portanto, quanto ao critério ‘lei especial revoga a lei geral’ conclui-se que não poderá ser acolhido em todo o seu rigor.¹³³

Sendo assim, os serviços assistenciais de saúde continuam com a tutela da legislação consumerista em todas as suas práticas de consumo.

1.8.3 Os planos de saúde à luz da Constituição Federal e do Código de Defesa do Consumidor

A Constituição Federal de 1988, no campo da saúde, “mostra-se documento bastante moderno, arrojado e de largo alcance social, como forma de conquista do bem estar coletivo”.¹³⁴

¹²⁹ MARQUES, Cláudia Lima. Visões sobre os planos de saúde privada e o Código de Defesa do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 143.

¹³⁰ Ibidem, p. 139.

¹³¹ Ibidem, p. 150.

¹³² PASQUALOTTO, Adalberto. A regulamentação dos planos e seguros de assistência à saúde: uma interpretação construtiva. In: MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. (Coord.). **Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 1999. p. 51.

¹³³ DINIZ, Maria Helena. **Lei de Introdução ao Código Civil brasileiro interpretada**. 6. ed. atual. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 60.

¹³⁴ GREGORI, Maria Stella. O Código de Defesa do Consumidor e a Lei 9.656/98: Antinomia ou complementaridade. **Revista de direito do consumidor**, Brasília, ano 14, n. 55, p. 199-209, jul./ set. 2005.

Foi a primeira carta a assegurar expressamente o direito à saúde, interpretado tanto como direito fundamental, como direito social. Prevê a proteção à saúde em vários de seus dispositivos.¹³⁵

O direito à saúde é um direito social tutelado que assegura a todos os seres humanos, consumidores ou não, o direito a um tratamento condigno de acordo com o estado atual do indivíduo constatado pela ciência médica.¹³⁶ É direito inserido na concepção de dignidade humana, “pois não há falar em dignidade se não houver condições mínimas de garantia da saúde do indivíduo”.¹³⁷

Essa Carta permite expressamente a atuação do setor privado na prestação de serviços à saúde. Essa prestação se dá por meio de uma combinação de dois sistemas, o público e o privado, este último de caráter supletivo.¹³⁸ Nesse diapasão:

A Constituição trata as ações e serviços de saúde com o enfoque do bem estar social, definindo claramente que o sistema que adotou envolve tanto a participação dos setores público e privado na assistência à saúde. A prestação dos serviços pode-se dar pelo Estado diretamente ou através da iniciativa privada (art. 199, da CF/88), não havendo, portanto, monopólio estatal nesse setor. No entanto, dada a sua relevância pública, as ações e serviços de saúde devem ser regulamentados, fiscalizados e controlados pelo Poder Público (art. 197, da CF/88). [...] Caracteriza-se, assim, por seu hibridismo, [...]. De um lado está o público, que incorpora a rede própria e a conveniada do SUS e, de outro, está o subsistema privado que agrupa a rede privada de serviços de assistência à saúde, nele incluídas a prestação direta dos serviços por profissionais e estabelecimentos de saúde e a cobertura de riscos pelas operadoras de planos de assistência à saúde.¹³⁹

As relações decorrentes dos planos de saúde estão tuteladas na Constituição Federal nos artigos 5º, inciso XXXII, 6º, 23, II, 24, XII, dentre outros.¹⁴⁰ Além desses

¹³⁵ SCHMITT, Cristiano Heineck. Visões sobre os planos de saúde privada e o Código de Defesa do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 79.

¹³⁶ SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 30. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2007. p. 308.

¹³⁷ SCHMITT, op. cit., p. 78-79.

¹³⁸ Idem. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. São Paulo: RT, 2007. p. 28.

¹³⁹ GREGORI, Maria Stella. O Código de Defesa do Consumidor e a Lei 9.656/98: Antinomia ou complementaridade. **Revista de direito do consumidor**, Brasília, ano 14, n. 55, p. 199-209, jul./ set. 2005.

¹⁴⁰ PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 79.

dispositivos, previu em seu texto uma parte exclusiva para a saúde. Trata-se dos artigos 197¹⁴¹ e 199¹⁴².

Nesse contexto, Maria Stella Gregori expõe:

a prestação dos serviços em saúde pode se dar pelo Estado diretamente ou pela iniciativa privada (art. 199), não havendo, portanto, monopólio estatal sobre a prestação dos serviços de assistência à saúde, à medida que o setor privado a eles, também, pode ter acesso. No entanto, dada a sua relevância pública, as ações e serviços de saúde devem ser regulamentados, fiscalizados e controlados pelo Poder Público (art. 197).¹⁴³

Por isso, os planos de assistência privada à saúde, apesar de não serem saúde pública, ainda assim, preservam sua relevância pública. Devem atender, portanto, aos princípios constitucionalmente protegidos como o da dignidade da pessoa humana, proteção ao consumidor e proteção aos direitos sociais.¹⁴⁴ A respeito do tema, Roberto Pfeiffer também contribui: “A constituição Federal de 1988 foi a primeira carta política no Brasil a reconhecer e assegurar expressamente o direito à saúde, que pode ser visto tanto como um direito fundamental do homem ou como um direito social”.¹⁴⁵

As atividades de saúde são tidas como um direito social que visa sempre o bem estar social, seja por meio da participação do sistema público de saúde ou do setor de iniciativa privada na prestação dos serviços de saúde à população.¹⁴⁶

Os contratos de plano de saúde constituem-se em uma relação de consumo, sendo regidos pelos princípios e normas do Código de Defesa do Consumidor.

¹⁴¹ Art. 197 - “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2009.

¹⁴² Art. 199 – “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. Ibidem.

¹⁴³ GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. São Paulo: RT, 2007. p. 23.

¹⁴⁴ PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 18-20.

¹⁴⁵ SCHMITT, Cristiano Heineck. Visões sobre os planos de saúde privada e o Código de Defesa do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 79.

¹⁴⁶ GREGORI, op. cit., p. 25.

De acordo com José Lopes e Paulo Neto, “[...] a nova lei trata o adquirente de um plano privado de assistência saúde como consumidor. Isso é o bastante para dizer que ela se insere no âmbito do direito do consumidor”.¹⁴⁷

Antes da entrada em vigor da nova lei reguladora dos planos de saúde, lei 9.656/98, o CDC era o diploma que regia esses negócios contratuais. Este diploma protegia e, ainda protege, o consumidor de abusos praticados pelas operadoras de saúde.

Os contratos de plano de saúde são contratos de adesão e que, por não permitirem maior poder de negociação ao consumidor-usuário, se submetem ao regime de nulidades do Código de Defesa do Consumidor, artigo 54.¹⁴⁸ Essa submissão visa combater cláusulas abusivas observadas na maioria dos pactos de saúde.

Nas contratações dos planos de saúde há a prestação de serviços de maneira reiterada e remunerada. É uma relação de consumo, pois o usuário do plano de saúde é o destinatário final dos serviços prestados e o fornecedor aquele que disponibiliza serviços no mercado de consumo, mediante remuneração. Por essas razões e à luz do CDC, as operadoras de plano de saúde são caracterizadas como fornecedoras. É o que preleciona o artigo 3º do referido diploma.¹⁴⁹

Muitas vezes, esses contratos firmados entre consumidores e fornecedores de serviços de saúde entram em desequilíbrio e, na maioria dos casos, são solucionados pelo Poder Judiciário por meio da revisão dos contratos. São analisados com base em dispositivos do Código de Defesa do Consumidor e princípios norteadores como da boa-fé, transparência, confiança, equidade e etc.

¹⁴⁷ LOPES, José Reinaldo de Lima; GARCIA NETO, Paulo Macedo. Consumidores de planos de saúde (ou, doente também tem direitos) – uma revisão. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 164.

¹⁴⁸ Art. 54 – “Contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo”. BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

¹⁴⁹ Art. 3º - “Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços. § 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial. § 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista”. Ibidem.

O CDC aplica-se a todas as relações de consumo, mesmo aquelas pactuadas antes da entrada em vigor da nova lei de planos de saúde (9.656/98). Abrange todas as relações contratuais anteriores a sua existência e, ainda, as que estão em curso. Atualmente, diante da nova lei regulamentadora dos planos de saúde, o CDC é aplicado de forma subsidiária e complementar. Assim se verifica no artigo 35-g da lei de planos.¹⁵⁰ “Essa lei consumerista regula, assim, todo fornecimento de serviços no mercado brasileiro e as relações jurídicas daí resultantes, inclusive os de natureza “securitária” (§ 2º do art. 3º do CDC)”.¹⁵¹

1.8.4 O Código Civil e as normas da ANS

Além do Código de Defesa do Consumidor, da Lei especial 9.656/98 e da Lei de especialização das sociedades seguradoras, 10.185/01, outros diplomas são aplicados aos atuais serviços de planos e de assistência privada à saúde. Trata-se do Código Civil e das normas da Agência Nacional de Saúde - ANS.

As normas da ANS e as normas regulamentares do setor de saúde suplementar foram criadas, respectivamente, pela Lei n. 9.961/00 e pela própria Agência Nacional de Saúde Suplementar, por meio de permissivo previsto na Lei 9.656/98, art. 1º, §1º. Elas estabelecem regras de organização e funcionamento da agência, bem como de todo o setor de saúde suplementar. Atuam no setor de forma indireta promovendo a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.¹⁵²

Além de suas normas de organização, outras são aplicadas ao setor. São chamadas de "Regulamentações Complementares". Consistem em regras que alcançam indiretamente o setor de saúde suplementar por meio de resoluções, portarias e súmulas

¹⁵⁰ Art. 35G – “Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)”. BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

¹⁵¹ MARQUES, Cláudia Lima. Visões sobre os planos de saúde privada e o Código de Defesa do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p.112.

¹⁵² AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Missão**. Rio de Janeiro, [2009]. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/aans/missao.asp>>. Acesso em: 22 maio 09.

normativas. São classificadas em regulamentações normativas e operacionais em razão de suas características.¹⁵³

As disposições do novo Código Civil também se aplicam a essas relações. “São normas gerais e genéricas, aplicáveis aos contratos civis e comerciais” em geral.¹⁵⁴

Pode influenciar a lei especial servindo-a de base conceitual, pois sempre que um microssistema específico não estiver completo materialmente, utilizar-se-ão seus dispositivos gerais no que se refere à boa-fé, abuso de direito, contratos de adesão, cláusulas abusivas, dentre outros conceitos gerais.¹⁵⁵

Em matéria de planos de saúde, suas regras são aplicadas de forma subsidiária, pois “leis especiais (não incorporadas ao CC/2002) ficam preservadas e são prevalentes em relação à lei civil geral subsidiária”.¹⁵⁶ Portanto, “a regra é de aplicação subsidiária do CC/02 frente às leis especiais anteriores”.

¹⁵³ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Missão**. Rio de Janeiro, [2009]. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/aans/missao.asp>>. Acesso em: 22 maio 09.

¹⁵⁴ MARQUES, Cláudia Lima. Três tipos de diálogos entre o Código de Defesa do Consumidor e o Código Civil de 2002: superação das antinomias pelo “diálogo das fontes”. In: PFEIFFER, Roberto A. C.; PASQUALOTTO, Adalberto. (Coord.). **Código de Defesa do Consumidor e o Código Civil de 2002: convergências e assimetrias**. São Paulo: RT, 2005. p. 27-29.

¹⁵⁵ Ibidem, p. 18.

¹⁵⁶ MARQUES, op. cit., p. 27.

2 AS DECLARAÇÕES DOS USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE A RESPEITO DAS DOENÇAS PREEEXISTENTES NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO E SEUS REFLEXOS NA COBERTURA ASSISTENCIAL

2.1 Da negativa de cobertura médico-hospitalar pelos planos de saúde com base nas declarações de saúde prestadas pelo usuário-consumidor

2.1.1 Conceito de cobertura de plano de saúde

A cobertura assistencial consiste no conjunto de procedimentos a que o consumidor tem direito, previstos na legislação de saúde suplementar e no contrato firmado com a operadora.¹⁵⁷

É a garantia oferecida aos usuários de plano de saúde de custeio de suas despesas com assistências médicas. A cobertura permite que o consumidor tenha a sua disposição um conjunto de serviços assistenciais capazes de preservar sua saúde ou recuperação, proporcionando, assim, o atendimento e tratamento de saúde sempre que necessitado.¹⁵⁸

De acordo com Vidal Serrano Jr., a “exclusões e/ou limitações de cobertura sempre constituíram o aspecto mais grave e freqüente da relação entre operadoras de planos de saúde e usuários”.¹⁵⁹ Foi nesse contexto que, objetivando dar solução a esses litígios, restou elaborado o projeto de lei n. 93/93 que, mais tarde, culminou na edição da Lei 9.656/98.¹⁶⁰

A legislação de saúde suplementar, Lei 9.656/98, abordou a questão da cobertura dos planos assistenciais de forma incisiva. De acordo com seu artigo 10, os planos e empresas prestadoras de assistência à saúde ficam obrigados a permitir que o usuário tenha atendimento e tratamento de saúde referente a todas as enfermidades que possua e que

¹⁵⁷ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Cobertura assistencial:** contratos, tipos de plano, coberturas obrigatórias, planos novos e adaptados. Rio de Janeiro: ANS, 2005. p. 6.

¹⁵⁸ GOLDEN CROSS. **Golden Cross Pessoas:** condições gerais ambulatorial e hospitalar. 32. ed. Rio de Janeiro: Golden Cross. 2008. p. 12.

¹⁵⁹ SALAZAR, Andrea Lazzarini; GROU, Karina Bozola; SERRANO JÚNIOR, Vidal. Assistência privada à saúde: aspectos gerais da nova legislação. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2:** a nova assistência privada à saúde. São Paulo: RT, 2008. p. 202.

¹⁶⁰ Ibidem, p. 203.

estejam relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS).¹⁶¹ Sendo assim, todos os contratos assinados a partir de 1999, data de vigência dos dispositivos da nova lei, e os antigos adaptados à nova legislação, terão a obrigação de dar integral cobertura às doenças relacionadas.

Essa exigência de ampla cobertura referente às doenças destacadas pela OMS teve por objetivo impedir a ocorrência de práticas abusivas pelas operadoras no mercado de consumo, além de dar garantia de tratamento de saúde aos consumidores de forma suficiente ao restabelecimento da saúde.¹⁶² Nesse contexto, é de se verificar que:

[...] ao contratar um plano ou seguro de assistência privada à saúde, o consumidor tem a legítima expectativa de que, caso fique doente, a empresa contratada arcará com os custos necessários ao restabelecimento de sua saúde. Assim, a sua expectativa é a de integral assistência para a cura da doença. As cláusulas restritivas, que impeçam o restabelecimento da saúde em virtude da espécie de doença sofrida, atentam contra a expectativa legítima do consumidor.¹⁶³

Nesse contexto:

[...] serão nulas de pleno direito as cláusulas que estabeleçam restrições à categoria de doenças cobertas, já que o art. 51, I, do Código de Defesa do Consumidor estabelece a nulidade das cláusulas que estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor.¹⁶⁴

Entretanto, apesar de tal previsão, a própria lei de planos de saúde permitiu algumas restrições de cobertura. Trata-se do artigo 11 que, em contraposição ao seu artigo anterior, artigo 10, autorizou a suspensão da cobertura de lesões ou doenças preexistentes nos

¹⁶¹ Vide art. 10, *caput* e incisos. BRASIL. **Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

¹⁶² PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Cláusulas relativas à cobertura de doenças, tratamentos de urgência e emergência e carências. In: MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. (Coord.). **Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 1999. p. 80.

¹⁶³ Ibidem, p. 81.

¹⁶⁴ Ibidem, p. 80.

primeiros 24 meses de vigência de contrato.¹⁶⁵ Além dessa disposição, a lei atribuiu à agência reguladora do setor (ANS) a competência para regulamentar a “amplitude das coberturas”, autorizando-a, portanto, a dispor sobre os limites de abrangência das coberturas assistenciais.¹⁶⁶

No que tange a essas doenças preexistentes, algumas implicações são observadas na abrangência da cobertura. De fato, a existência dessas doenças não constitui óbice ou impedimento para contratações. O usuário, ainda que portador, continua com direito a efetivar contratações. Nesse aspecto, duas alternativas deverão ser oferecidas pelas Operadoras de Saúde, a restrição parcial de cobertura (cobertura parcial temporária) da rede e dos serviços assistenciais ou o agravamento financeiro na mensalidade paga pelo beneficiário para o acesso integral de cobertura. É imperioso ressaltar que, em ambos os casos, a restrição de cobertura só é autorizada durante o prazo máximo de 24 meses de contrato.¹⁶⁷ Foi a forma encontrada pela lei para impedir a exclusão do consumidor doente do mercado de serviços suplementares.¹⁶⁸

¹⁶⁵ BRASIL. **Resolução da Diretoria Colegiada Nº 41, de 14 de dezembro de 2000.** Altera o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Resolução CONSU Nº 10, de 3 de novembro de 1998. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=155&id_original=0>. Acesso em: 13 set. 2009.

¹⁶⁶ SALAZAR, Andrea Lazzarini; GROU, Karina Bozola; SERRANO JÚNIOR, Vidal. Assistência privada à saúde: aspectos gerais da nova legislação. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde.** São Paulo: RT, 2008. p. 204.

¹⁶⁷ Detectada a doença ou lesão preexistente, a operadora ficará obrigada a oferecer ao consumidor duas alternativas: a cobertura parcial temporária, que é a restrição de cobertura especificamente relacionada àquela lesão preexistente pelo período de apenas 24 meses, ou o agravamento que consiste no aumento do valor da prestação paga pelo consumidor ou beneficiário ao plano privado de assistência à saúde. Verificamos esse entendimento na resolução n. 15 do CONSU, art. 4º - “Sendo constatada pela operadora por perícia, ou na entrevista através de declaração expressa do consumidor, a existência de lesão ou doença, que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, será obrigatório o oferecimento das alternativas previstas nesta regulamentação, ou seja: a cobertura parcial temporária e agravamento do contrato”. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Legislação.** Rio de Janeiro, [2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=75&id_original=0>. Acesso em: 13 set. 09.

¹⁶⁸ ROCHA, Sílvio Luís Ferreira da. Contratos de assistência médica pré-pagos e disciplina prevista na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde.** São Paulo: RT, 2008. p. 238.

Decorrido o prazo mencionado de restrição, a cobertura assistencial deverá ser ampla e total, cessando também a cobrança extraordinária financeira decorrente da preexistência.¹⁶⁹

Ainda a respeito das doenças preexistentes, a lei de planos de saúde permitiu a suspensão da cobertura de “Procedimentos de Alta Complexidade” (PAC)¹⁷⁰, de leitos de alta tecnologia e de procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças mencionadas e declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, pelo período ininterrupto de 24 meses.¹⁷¹

A lei, portanto, autoriza a inclusão de cláusulas em contratos de planos de saúde com exclusão parcial de cobertura, fato que inviabiliza temporariamente o uso pelo consumidor.

¹⁶⁹ ROCHA, Sílvio Luís Ferreira da. Contratos de assistência médica pré-pagos e disciplina prevista na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 238.

¹⁷⁰ Art. 1º - Esta Resolução atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passando a se constituir em um rol de ações em saúde, na forma dos Anexos I e II desta Resolução Normativa. Parágrafo único. Atualiza-se também o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de Alta Complexidade, compreendendo uma seleção extraída do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde identificada no Anexo I, que pode ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP, conforme o disposto em resolução específica. Art. 2º O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, atualizado por esta Resolução Normativa é composto por dois Anexos: I – o Anexo I lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, respeitando-se a segmentação contratada; II – o Anexo II contém as Diretrizes de Utilização necessárias para a cobertura obrigatória de alguns procedimentos identificados no Anexo I. BRASIL. **Resolução Normativa nº 167, de 9 de janeiro de 2007**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1084&id_original=0>. Acesso em: 10 maio 2009.

¹⁷¹ SALAZAR, Andrea Lazzarini; GROU, Karina Bozola; SERRANO JÚNIOR, Vidal. Assistência privada à saúde: aspectos gerais da nova legislação. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 205.

2.1.2 As doenças preexistentes (DLP)

As doenças preexistentes são as grandes responsáveis por conflitos de cobertura no mercado de saúde suplementar. É matéria que veio a ser objeto de expresso tratamento pela nova lei de planos de saúde¹⁷² e deste trabalho.

Elas geram o problema da negativa de cobertura médico-hospitalar pelas operadoras com base em alegações de preexistência à celebração do contrato.¹⁷³

A previsão dessas doenças está inserida no artigo 11, *caput*, da lei.¹⁷⁴ Apesar de não definidas pela lei, esta estabelece importante vedação de exclusão de coberturas às doenças e lesões preexistentes à data da contratação dos planos de saúde, após 24 meses de vigência do aludido instrumento contratual.¹⁷⁵

Essa previsão significa que vários procedimentos relacionados a essas doenças de conhecimento prévio do consumidor, poderão não ser cobertos pela operadora de assistência à saúde no prazo dos 24 meses iniciais, possibilitando, portanto, a redução de cobertura.¹⁷⁶

Sobre a questão preleciona Ana Beatriz R. Bicalho:

A recusa na prestação de serviços só poderá persistir pelo prazo de 24 meses de vigência do contrato. Após tal evento, estará a fornecedora obrigada a prestar seus serviços de saúde normalmente sem qualquer possibilidade de alegação de doença preexistente. Neste caso, o conhecimento ou não do

¹⁷² SALAZAR, Andrea Lazzarini; GROU, Karina Bozola; SERRANO JÚNIOR, Vidal. Assistência privada à saúde: aspectos gerais da nova legislação. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 204.

¹⁷³ BICALHO, Ana Beatriz Rutowitsch. Os contratos de plano de saúde e a sua revisão jurisdicional. **Revista de direito do consumidor**, Brasília, ano 13, n. 49, p. 105-125, jan./ mar. 2004.

¹⁷⁴ Art. 11. – “É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário”. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001). BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

¹⁷⁵ SALAZAR, op. cit., p. 204-205.

¹⁷⁶ Ibidem, p. 205.

consumidor acerca da doença à época do contrato torna-se inteiramente irrelevante após a decorrência do citado período.¹⁷⁷

Para tratar do assunto, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em atenção à competência que lhe fora atribuída pela lei, editou duas resoluções normativas, RN Nº 162/2007 e 167/2007. Tais resoluções dispõem sobre conceito e situações das doenças preexistentes.

De acordo com a primeira resolução, entendem-se por Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP):

aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução.¹⁷⁸

O Conselho Federal de Medicina, em parecer Nº 16/97, também contribui:

O conceito de doença preexistente, quando aplicado às relações contratuais, como a dos planos e seguros de saúde, apresenta caráter relativo e sem valor médico, não podendo ser utilizado como mecanismo limitador ao atendimento médico. Excetuando-se, talvez, os casos de acidentes e algumas poucas outras situações, é quase sempre muito difícil para o médico identificar com exatidão o momento em que o organismo abandona a higidez e transpassa o portal da doença.¹⁷⁹

¹⁷⁷ BICALHO, Ana Beatriz Rutowitsch. Os contratos de plano de saúde e a sua revisão jurisdicional. **Revista de direito do consumidor**, Brasília, ano 13, n. 49, p. 105-125, jan./ mar. 2004.

¹⁷⁸ BRASIL. **Resolução Normativa Nº 162, de 17 de outubro de 2007**. Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar; revoga as Resoluções CONSU nº 2, de 4 de novembro de 1998, CONSU nº 17 de 23 de março de 1999, artigos 2º e 4º da Resolução CONSU nº 15 de 23 de março de 1999, a Resolução Normativa 20 de 12 de dezembro de 2002 e a Resolução Normativa RN nº 55, de 2 de novembro de 2003 e altera a Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1084&id_original=0>. Acesso em: 10 maio 2009.

¹⁷⁹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Pareceres**. 2. ed. Brasília: CFM, 1998. p. 115.

Dessa forma, vislumbra-se difícil, senão impossível, sob a ótica médica, determinar com exatidão a preexistência de uma doença.¹⁸⁰

Analisando o assunto da preexistência, Sílvio Luís Ferreira da Rocha também expressa:

A preexistência da doença não se satisfaz apenas com a existência anterior da doença à celebração do contrato, mas exige que o contratante tenha conhecimento da sua existência. Desse modo, se o contratante tiver a doença antes de celebrar o contrato, mas o desconhecer, não estaremos diante, tecnicamente, de uma doença preexistente.¹⁸¹

Partindo dessa premissa, não poderá haver alegação de preexistência se o indivíduo não tinha conhecimento da doença, pois ninguém pode declarar doença que não saiba ser portador, nem esconder o que não conhece. A simples ignorância da enfermidade afasta as consequências da preexistência nos contratos de planos de saúde, tornando o usuário consumidor de boa-fé.¹⁸² A título de exemplo Sérgio Cavalieri Filho ensina:

Um indivíduo pode ser portador de uma doença grave no momento em que preenche a proposta, um câncer, digamos, e dele não ter o menor conhecimento. Estará de boa-fé; não omitiu nada, porque não sabia do câncer. Não houve omissão intencional. A indenização será devida.¹⁸³

As declarações de doenças preexistentes nos contratos é um tema bastante polêmico e que necessita de maior aprofundamento, principalmente no que se refere a responsabilidade civil dos planos de saúde referente a elas. Portanto, adiante serão tratados casos de conhecimento e não conhecimento das doenças e seus reflexos nas contratações.

¹⁸⁰ SALAZAR, Andrea Lazzarini; GROU, Karina Bozola; SERRANO JÚNIOR, Vidal. Assistência privada à saúde: aspectos gerais da nova legislação. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 204.

¹⁸¹ ROCHA, Sílvio Luís Ferreira da. Contratos de assistência médica pré-pagos e disciplina prevista na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 237-238.

¹⁸² CAVALIERI FILHO, Sergio. Responsabilidade do segurador. In: CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de responsabilidade civil**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 438-439.

¹⁸³ Ibidem, p. 438-439.

2.1.3 As declarações dos usuários no ato contratual e a Declaração de saúde

As declarações dos usuários de planos e seguros de saúde são fatores primordiais e de grande relevo nas contratações do produto.

Essas declarações geralmente são prestadas mediante o preenchimento de uma declaração de saúde por parte do usuário (forma freqüentemente adotada), ou mediante entrevista qualificada por profissional de saúde do próprio plano, gratuitamente, ou de escolha e confiança do usuário às suas expensas.¹⁸⁴

Entende-se por entrevista qualificada o procedimento por meio do qual o consumidor é submetido a dar declarações de saúde perante um médico de sua escolha ou integrante da rede credenciada do plano, para que seja preenchido documento sobre sua saúde. Vale frisar que nesse tipo de procedimento as declarações são anotadas pelo consumidor, de próprio punho, em campo específico do documento de saúde.¹⁸⁵

A Declaração de Saúde consiste em um documento, formulário, elaborado pela operadora, que registra informações sobre as doenças ou lesões do beneficiário, que este possa saber ser portador ou sofredor e das quais tenha conhecimento no momento da contratação ou adesão contratual. Esse documento deverá conter, obrigatoriamente, informações sobre Cobertura Parcial Temporária (CPT), definição de Agravo, informações sobre o direito dos beneficiários, além das consequências previstas na legislação sobre rescisão contratual e responsabilidade do beneficiário de CTP.¹⁸⁶

¹⁸⁴ BRASIL. **Resolução Normativa Nº 162, de 17 de outubro de 2007**. Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar; revoga as Resoluções CONSU nº 2, de 4 de novembro de 1998, CONSU nº 17 de 23 de março de 1999, artigos 2º e 4º da Resolução CONSU nº 15 de 23 de março de 1999, a Resolução Normativa 20 de 12 de dezembro de 2002 e a Resolução Normativa RN nº 55, de 2 de novembro de 2003 e altera a Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1084&id_original=0>. Acesso em: 10 maio 2009.

¹⁸⁵ SALAZAR, Andrea Lazzarini; GROU, Karina Bozola; SERRANO JÚNIOR, Vidal. Assistência privada à saúde: aspectos gerais da nova legislação. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 206.

¹⁸⁶ BRASIL. **Resolução Normativa Nº 162, de 17 de outubro de 2007**. Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial

Por este documento o usuário ou segurado se obriga, entre outras coisas, a relacionar as doenças presentes, assim como as pretéritas. Essas informações são importantes para os planos não só pela questão da cobertura, mas também, por fazer parte do cálculo atuarial, a partir do qual será estipulado o valor do *premium* a ser pago pelo usuário doente, caso opte pela cobertura integral.¹⁸⁷

Caso o consumidor declare as doenças que possui no ato da contratação, duas alternativas lhe serão oferecidas: a adesão ao plano com restrição de cobertura da doença mencionada, também chamada de Cobertura Parcial Temporária ou a contratação com majoração dos custos do plano, onde esteja incluída a cobertura para todos os males declinados (Agravado do Contrato).¹⁸⁸ Importante frisar que a lei veda o impedimento de ingresso dos consumidores em planos por lesões ou doenças preexistentes.¹⁸⁹

Pode acontecer, no entanto, do contratante ou consumidor silenciar a respeito da preexistência de doenças. Nesse caso, a lei 9.656/98, em benefício ao próprio consumidor, impõe às operadoras de planos de saúde, durante o período inicial de 24 meses, o ônus da prova da preexistência da doença e do conhecimento prévio pelo contratante. Nesta hipótese, ficará o usuário desprotegido pelas limitações de cobertura, caso sejam as doenças detectadas.

Nesse diapasão, Roberto Pfeiffer expressa:

Pode acontecer de o consumidor, em violação clara ao princípio da boa-fé, ocultar a existência de uma doença, algo que pode ser facilmente provado por indícios, tais como incidência de tratamentos anteriores, clara

Temporária (CPT); Declaração de Saúde e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar; revoga as Resoluções CONSU nº 2, de 4 de novembro de 1998, CONSU nº 17 de 23 de março de 1999, artigos 2º e 4º da Resolução CONSU nº 15 de 23 de março de 1999, a Resolução Normativa 20 de 12 de dezembro de 2002 e a Resolução Normativa RN nº 55, de 2 de novembro de 2003 e altera a Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1084&id_original=0>. Acesso em: 10 maio 2009.

¹⁸⁷ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Pareceres**. 2. ed. Brasília: CFM, 1998. p. 117.

¹⁸⁸ PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Cláusulas relativas à cobertura de doenças, tratamentos de urgência e emergência e carências. In: MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. (Coord.). **Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 1999. p. 83.

¹⁸⁹ GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. São Paulo: RT, 2007. p. 155.

manifestação de sintomas etc. Nessa hipótese, se omitiu as informações para a operadora ou seguradora, não poderá ter cobertos os custos do tratamento da doença.¹⁹⁰

No entanto, pode acontecer do consumidor não ter conhecimento da própria existência das doenças, já que é possível a não ocorrência ou manifestação de sinais e sintomas que indiquem as patologias. Nesse caso, torna-se necessário a elucidação da situação em busca de conhecimento da doença ser ou não preexistente à assinatura do contrato e da ocorrência ou não da conduta de boa-fé do usuário, eis o grande problema que aflige o mercado.¹⁹¹

É dever dos planos de saúde, mesmo diante do silêncio pela ignorância do consumidor, requisitar-lhe informações a respeito de seu estado de saúde, bem como se duvidosas, requisitar a realização de entrevistas qualificadas ou perícias.¹⁹²

Buscando os ensinamentos do doutrinador Sergio Cavalieri Filho sobre a responsabilidade dos fornecedores, temos a teoria da imprevisão que ensina:

Caso o consumidor não tenha mencionado a doença de boa-fé, ou seja, sem ter conhecimento de sua existência, e a operadora ou seguradora tenha permitido a adesão do consumidor sem requisitar qualquer exame, terá de arcar com os custos do tratamento, ainda que os sintomas manifestem-se antes dos dois anos.¹⁹³

Por isso, é dever da operadora agir com cautela nas contratações e, caso desconfie das declarações prestadas pelo consumidor, requerer que o mesmo se submeta a entrevistas médicas com o fim de sanar as informações duvidosas.¹⁹⁴

Além do consumidor, é dever da empresa que presta assistência à saúde ter comportamento de acordo com a boa-fé, pois é a parte da relação contratual que mais tem conhecimento das peculiaridades, características e da álea do setor de saúde assistencial.

¹⁹⁰ PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Cláusulas relativas à cobertura de doenças, tratamentos de urgência e emergência e carências. In: MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. (Coord.). **Saúde e responsabilidade:** seguros e planos de assistência privada à saúde. São Paulo: RT, 1999. p. 85.

¹⁹¹ Ibidem, p. 86.

¹⁹² Ibidem, p. 86.

¹⁹³ Ibidem, p. 87.

¹⁹⁴ Ibidem, p. 86.

Dessa forma, não se admite no mercado atuações indiscriminadas dos planos de saúde quando tratar de recebimento de prestações e posterior exigência de cumprimento estrito de contrato com objetivo de liberação de sua obrigação de cobertura às despesas realizadas.¹⁹⁵

Se a empresa aceitou as declarações do consumidor sem tomar precauções quanto a averiguação da veracidade dessas doenças, assumiu o risco de dar cobertura à elas. A única causa excludente seria demonstração da má-fé do usuário, ou seja, aquele que oculta doença sabendo ser portador.¹⁹⁶

Nesse contexto, o plano só poderá excluir a cobertura dos custos de tratamento das doenças anteriores quando averiguada e provada a existência de doença anterior à pactuação do contrato de assistência à saúde.

2.1.4 Ônus da prova das doenças preexistentes

De acordo com o artigo 11 da Lei 9.656/98, é da operadora ou seguradora o ônus de demonstrar que a doença para cujo tratamento nega cobertura, antes de transcorridos dois anos da contratação, é preexistente.¹⁹⁷

Se, antes desse prazo o consumidor apresentar doença não mencionada na Declaração de Saúde e o plano de saúde entender ser preexistente, a operadora deverá provar

¹⁹⁵ PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Cláusulas relativas à cobertura de doenças, tratamentos de urgência e emergência e carências. In: MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. (Coord.). **Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 1999. p. 87.

¹⁹⁶ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Agravo Regimental. Agravo de Instrumento. Recurso Especial. Seguro. Indenização. Cabimento. Doença preexistente. Ausência de Exames. Omissão do segurado. Inexistência. Reexame de prova. Inadmissibilidade. I - Consoante entendimento desta Corte, a seguradora que não exigiu exames médicos previamente à contratação não pode eximir-se do pagamento da indenização, sob a alegação de que houve omissão de informações pelo segurado. II - É inviável em sede de recurso especial o reexame do acervo fático-probatório dos autos. Agravo improvido. **AgRg no Ag 1062383/RS. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO DE INSTRUMENTO 2008/0144515-2**. Terceira Turma. Relator (a): Min. Sidnei Beneti. Brasília, 02, de outubro de 2008. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?newsession=yes&tipo_visualizacao=RESUMO&b=ACOR&livre=agrg%201062383>. Acesso em: 10 maio 2009.

¹⁹⁷ PFEIFFER, op. cit., p. 85.

não só a anterioridade das enfermidades ao contrato pactuado, mas também o conhecimento delas pelo usuário-consumidor.¹⁹⁸

Essa conclusão se deve ao fato de que a lei protege as relações contratuais, principalmente o consumidor, pólo vulnerável da relação de consumo. Sendo assim, deve-se preservar a boa-fé do consumidor, a sua justa expectativa à ampla cobertura e evitar ou pelo menos amenizar o desequilíbrio contratual, pois são os planos os detentores de meios técnicos para melhor apuração da preexistência das doenças.¹⁹⁹

Vale ressaltar que essa questão é justificada não só pela aplicação da Lei de planos de saúde e Código de Defesa do Consumidor, que como averiguado privilegia a boa-fé, mas até mesmo pela correta interpretação do Código Civil.²⁰⁰

Vários expoentes de nossa melhor doutrina, ao analisarem a regra do art. 766 do CC (correspondente ao 1.444 do Código revogado)²⁰¹, que determina o dever de prestação de informações verdadeiras, concluem que a operadora ou segurador deverá provar não somente a incorreção da informação prestada, como o conhecimento do usuário ou segurado sobre estar errônea ou omissa a sua declaração, para que possa, por este fundamento, recusar o pagamento do valor previsto no seguro quando da ocorrência do sinistro.²⁰²

Segundo Bottesini, “Interessa notar que a lei fala em prova e não em simples e infundada suspeita²⁰³ de que se trata de doença preexistente, e que ela era de conhecimento expresso do consumidor ou segurado”.²⁰⁴

¹⁹⁸ PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Cláusulas relativas à cobertura de doenças, tratamentos de urgência e emergência e carências. In: MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. (Coord.). **Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 1999. p. 87.

¹⁹⁹ Ibidem, p. 87.

²⁰⁰ Ibidem, p. 88.

²⁰¹ CAVALIERI FILHO, Sergio. Responsabilidade do segurador. In: CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de responsabilidade civil**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 438.

²⁰² PFEIFFER, op. cit., p. 88.

²⁰³ No que se refere a infundadas suspeitas, infelizmente, a lei ou o dispositivo não traz a pena para a alegação infundada e para a conseqüente desassistência ao consumidor ou ao segurado, contra o qual não for feita a prova de preexistência, a cargo da operadora. BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. Art. 11. In: BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. **Lei dos planos e seguros de saúde:**

O plano de saúde obriga-se a questionar as informações e o usuário apenas a prestá-las. O plano é quem deve as examinar e confrontar.²⁰⁵

Resta evidenciado, portanto, que se a empresa fornecedora de serviços de saúde pactuar com o consumidor sem lhes solicitar exames prévios de saúde para a detecção de doenças, assume ela, então, os riscos de prestar cobertura a essas doenças preexistentes.

2.2 A aplicação do artigo 766 do novo Código Civil aos planos de saúde

2.2.1 O dever de informação e a boa-fé dos contratantes

O direito à informação é um dos direitos básicos mais importantes do consumidor. Trata-se de um direito inerente a esses tipos contratuais de consumo (planos de saúde), assumindo ênfase nos aspectos pré-contratuais e contratuais.²⁰⁶

O dever de informar está ligado à boa-fé objetiva, imposta aos fornecedores pelo sistema legal de proteção ao consumidor. Ao lado dos deveres de cooperação, cuidado e lealdade, o dever de informação tem a finalidade de equilibrar as partes na relação contratual, fortalecendo o aderente. Por meio da informação, o fornecedor deve corresponder à confiança nele depositada pelo consumidor. Além da obrigação de informar na fase pré-contratual, o fornecedor está obrigado a manter comunicação com o consumidor no momento da contratação e durante toda a execução do contrato.²⁰⁷

Nos planos de saúde, a obrigação de informação reflete para ambas as partes. O consumidor fica obrigado a informar à contratada, quando expressamente solicitado em documentação contratual, doença sabida ou lesão preexistente e a operadora obrigada a

comentada artigo por artigo, doutrina, jurisprudência. 2. ed. rev., ampl., e atual. São Paulo: Editora RT, 2005. p. 110.

²⁰⁴ BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. Art. 11. In: BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. **Lei dos planos e seguros de saúde**: comentada artigo por artigo, doutrina, jurisprudência. 2. ed. rev., ampl., e atual. São Paulo: Editora RT, 2005. p. 110.

²⁰⁵ PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Cláusulas relativas à cobertura de doenças, tratamentos de urgência e emergência e carências. In: MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. (Coord.). **Saúde e responsabilidade**: seguros e planos de assistência privada à saúde. São Paulo: RT, 1999. p. 89.

²⁰⁶ FERNANDES NETO, Antônio Joaquim. A obrigação de informar. In: FERNANDES NETO, Antônio Joaquim. **Plano de saúde e direito do consumidor**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002. p. 155-159.

²⁰⁷ Ibidem, p. 168.

informar à contratante sobre todas as condições contratuais, bem como exigir dessa a realização de exames de saúde.²⁰⁸

A omissão da operadora na exigibilidade do exame médico admissional do titular e de seus respectivos dependentes, ou até mesmo a dispensa desse exame, tem sido o argumento utilizado por nossos tribunais em prol do consumidor para afastar a exceção de preexistência de doenças. Nesse passo, muitas operadoras para desincumbir-se do ônus da cobertura, acabam se utilizando reiteradamente do argumento de sonegação de informações completas a respeito do real estado de saúde dos beneficiários e de seus dependentes para imputar-lhes má-fé.²⁰⁹

Conforme correto entendimento de Maury Bottesini e Mauro Machado a respeito do argumento “má-fé” utilizado pelas operadoras, temos que:

A rejeição do argumento, mesmo nos casos em que existe uma deficiência nas informações dadas pelo usuário, decorre do fato que toca à operadora do plano ou seguradora, o encargo de fiscalizar o preciso e verdadeiro preenchimento das declarações por ocasião da admissão, assim como toca a elas exigir a realização do exame médico admissional. Acolher a alegação de preexistência de doenças que os contratantes de planos e seguros em geral desconhecem e dar às operadoras o benefício da cláusula excludente seria fazer malferidas as regras protetivas do art. 51 da Lei 8.078/1990, o CDC, de aplicação supletiva à hipótese.²¹⁰

A boa-fé é norma-princípio que se deve presumir em todos os contratos, porque se trata de valor ético, moral, metajurídico, que completa a própria norma jurídica, sendo fundamental para a realização do direito. A boa-fé dos contratantes, portanto, deve permanecer e ser observada sempre durante e após as execuções das obrigações contratuais, de forma a evitar toda e qualquer atuação abusiva ou violação à proteção ditada aos

²⁰⁸ BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. Art. 11. In: BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. **Lei dos planos e seguros de saúde**: comentada artigo por artigo, doutrina, jurisprudência. 2. ed. rev., ampl., e atual. São Paulo: Editora RT, 2005. p. 107-109.

²⁰⁹ Ibidem, p. 111.

²¹⁰ Ibidem, p. 111.

consumidores concedida pela legislação civil e, principalmente, pela Lei de Planos e Código de Defesa do Consumidor.²¹¹

Nesse diapasão, as partes que pretendem contratar um plano ou seguro de saúde deverão se portar de forma reta, observando os Deveres de informação²¹² e de boa-fé no ato da contratação.²¹³

Sobre esse dever e as consequências da informação, os artigos 6º, III e 30 do Código de Defesa do Consumidor trazem previsão. Esta última norma de consumo dispõe que toda informação prestada nos serviços, oferecidos no mercado de consumo obriga o fornecedor a cumpri-la, integrando o contrato a ser celebrado. Trata-se do Princípio da Vinculação da Oferta²¹⁴ que deve ser respeitado.

A grande discussão, contudo, envolve a caracterização da má-fé²¹⁵ na prestação dessas informações. O que se procura saber é o conhecimento ou não de eventuais doenças pelo consumidor no ato da contratação.

²¹¹ BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. Art. 11. In: BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. **Lei dos planos e seguros de saúde**: comentada artigo por artigo, doutrina, jurisprudência. 2. ed. rev., ampl., e atual. São Paulo: Editora RT, 2005. p. 112.

²¹² [...] o dever de informar não é apenas a realização do princípio da boa-fé. Na evolução do direito do consumidor assumiu feição cada vez mais objetiva, relacionado à atividade lícita de fornecimento de produtos e serviços. NETO LÔBO, Paulo Luís. A informação como direito fundamental do consumidor. **Revista de direito do consumidor**, São Paulo, n. 37, p.66, jan./mar. 2001.

²¹³ BOTTESINI, op. cit., p. 107.

²¹⁴ Diferentemente do Código Civil, o legislador lhe outorgou, no art. 30, a condição de irretratabilidade. Para tanto basta que o fornecedor a veicule mediante qualquer meio ou forma de comunicação, incluindo-se, aqui não apenas os meios de comunicação de massa, como rádio, TV, jornal, impressos etc., mas também qualquer outra forma, inclusive, a simples indicação do preço do produto na vitrina. [...] Recusando-se a cumprir a oferta ou a formação do contrato, ao consumidor é assegurado, de acordo com o art. 35, a execução em Juízo da obrigação ou, alternativamente, o pleito de perdas e danos. Entretanto, a grande inovação trazida pelo CDC em relação à vinculação da proposta não se encontra na execução forçada ou na ação indenizatória. O grande avanço reside propriamente no fato de não se admitir a retratabilidade da proposta, ainda que as suas condições mais favoráveis ao consumidor não estejam presentes no contrato, que, até, por malícia do fornecedor, pode tê-la modificado. A parte final do art. 30 diz que esta proposta “integra o contrato que vier a ser celebrado”, o que combinado com o art. 48 do mesmo diploma reforça a idéia da irretratabilidade, ao preceituar que “as declarações de vontade constantes de escritos particulares, recibos e pré-contratos relativos às declarações de consumo vinculam o fornecedor”. KHOURI, Paulo R. Roque A. **Direito do consumidor**: contratos, responsabilidade civil e defesa do consumidor em juízo. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2005. p. 75.

²¹⁵ A má-fé importa em estado contrário à boa-fé em situações que configuram a fraude, o dolo genérico, todas bastante diferentes daquela vivida pelo usuário de planos e seguros quando da contratação e sob orientação do corretor, preposto comissionado pela operadora, o que já basta para descaracterizar qualquer imputação de má-fé do usuário. BOTTESINI, op. cit., p. 111-112.

Devido à impossibilidade de conhecimento preciso e até técnico pelo próprio consumidor sobre o seu real estado de saúde, a conclusão, conforme Bottesini, é a de que “se a doença for desconhecida do consumidor ou do responsável por ele à época da contratação, não será havida como doença preexistente para o exame das relações entre consumidor e operadora ou seguradora”, não havendo, portanto, a seguradora falar em má-fé.²¹⁶

A regra do artigo 766²¹⁷ do novo Código Civil traz essa previsão. Em seu parágrafo único trata da inexatidão de informações²¹⁸ ou omissões²¹⁹ em declarações não resultantes de má-fé do segurado, trazendo, ainda, duas soluções.

A primeira delas, a resolução do contrato:

Se a declaração defeituosa provocou a aparente formação de um contrato que não seria celebrado caso tivesse sido exata, a hipótese é de não aperfeiçoamento do contrato, vez que impede o consenso porque as partes têm visões diferentes sobre o objeto contratual.²²⁰

A outra solução é a de cobrança, mesmo após o sinistro, da diferença do prêmio:

²¹⁶ BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. Art. 11. In: BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. **Lei dos planos e seguros de saúde**: comentada artigo por artigo, doutrina, jurisprudência. 2. ed. rev., ampl., e atual. São Paulo: Editora RT, 2005. p. 107.

²¹⁷ Art. 766 – “Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Parágrafo único – Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio”. TZIRULNIK, Ernesto; CAVALCANTI, Flávio de Queiroz B., PIMENTEL, Ayrton. **O contrato de seguro**: de acordo com o novo Código Civil Brasileiro. 2. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003. p. 75.

²¹⁸ [...] a lei de 9656/98 especificou o que deve ser entendido como informação adequada no âmbito dos planos de saúde, exigindo que a todo o consumidor fosse obrigatoriamente entregue não somente cópia do contrato, como também “material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações (artigo 16, parágrafo único). PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2**: a nova assistência privada à saúde. São Paulo: RT, 2008. p. 34.

²¹⁹ O conceito de informação verdadeira e não omissão difere do leigo para o técnico. De toda a sorte, a seguradora obriga-se em questionar as informações. O pretenso segurado pratica um ato, dá informações, e a seguradora os examina e os confronta. A conduta do segurado é omissiva, só informa e autoriza, a da seguradora é comissiva, deve verificar as informações, está autorizada para tanto. A responsabilidade da exatidão das informações é repartida e implica, no contexto da ética médica, conhecimentos técnicos e psicologicamente adequados. Ibidem, p. 52.

²²⁰ TZIRULNIK, op. cit., p. 76.

Se a declaração defeituosa provocou a formação de um contrato que seria celebrado, caso tivesse sido exata, porém em outras bases (outra espécie de garantia ou outro valor de prêmio), a hipótese é de adequação do contrato (adequação do contrato, se possível, ou ajuste do prêmio), vez que não atinge a substância do negócio jurídico.²²¹

São soluções diversas em razão da enorme diferença entre as situações, nas quais não se verifica a necessidade de penalização do segurado ou usuário de plano de saúde, uma vez que não houve a configuração²²² do instituto má-fé.²²³

O que o nosso ordenamento invoca e procura justamente preservar é a manutenção das relações contratuais, bem como suas finalidades em respeito aos princípios da boa-fé, informação²²⁴ e cumprimento dos pactos em geral (*pacta sunt servanda*).²²⁵

2.3 A responsabilidade pelas declarações prestadas na declaração de saúde

2.3.1 Responsabilidade civil

Responsabilidade civil para o doutrinador Sergio Cavalieri Filho consiste em um “dever que alguém tem de reparar o prejuízo decorrente da violação de um outro dever jurídico”.²²⁶ É disciplina que cuida do direito à reparação quando verificado um dano.

Rui Stoco defende que a responsabilidade civil assume significados polissêmicos. Tanto pode ser sinônima de diligência e cuidado, quanto revelar a obrigação de todos pelos atos que praticam.²²⁷

²²¹ TZIRULNIK, Ernesto; CAVALCANTI, Flávio de Queiroz B., PIMENTEL, Ayrton. **O contrato de seguro:** de acordo com o novo Código Civil Brasileiro. 2. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003. p. 76.

²²² Caso houvesse a configuração da má-fé, a penalização, de acordo com o art. 766, *caput*, seria a de perda do direito à garantia, além do segurado ou usuário ficar obrigado ao prêmio vencido (prestações vencidas). Ibidem, p. 75.

²²³ Ibidem, p. 76.

²²⁴ O art. 6º, inciso III, do Código de Defesa do Consumidor traz a previsão do Princípio da Informação, o qual diz: “São direitos básicos do consumidor: III – a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem”. FERNANDES NETO, Antônio Joaquim. A obrigação de informar. In: FERNANDES NETO, Antônio Joaquim. **Plano de saúde e direito do consumidor**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002. p. 160.

²²⁵ TZIRULNIK, op. cit., p. 76.

²²⁶ CAVALIERI FILHO, Sergio. Responsabilidade do segurador. In: CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de responsabilidade civil**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 2.

É nesse aspecto que surge a responsabilidade civil dos planos de saúde. Verifica-se seu dever de diligência e cuidado nas contratações. Quando atua indiscriminadamente sem tomar as medidas de segurança nos negócios, como por exemplo, pactuar sem as devidas informações de saúde do usuário-consumidor, assume o risco²²⁸ de responsabilidade de cobertura às despesas efetuadas pelo seu cliente, ou seja, de cobrir todos os gastos do contratante.²²⁹

A disciplina da responsabilidade civil traz dois sujeitos que figuram a relação contratual, o consumidor, pólo ativo, ou seja, aquele que sofreu o dano pela não

²²⁷ STOCO, Rui. **Tratado de responsabilidade civil**: doutrina e jurisprudência. 7. ed. rev., atual., ampl. São Paulo: Editora RT, 2007. p. 111.

²²⁸ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. Seguro de vida. Doença preexistente. Exames prévios. Ausência. Inoponibilidade. Conforme entendimento pacificado desta Corte, a seguradora, ao receber o pagamento do prêmio e concretizar o seguro, sem exigir exames prévios, responde pelo risco assumido, não podendo esquivar-se do pagamento da indenização, sob a alegação de doença preexistente, salvo se comprove a deliberada má-fé do segurado. Recurso provido. **RECURSO ESPECIAL Nº 777974 - MG (2005/0145952-0)**. Terceira Turma. Relator (a): Min. Castro Filho. Brasília, 09, de maio de 2006. Disponível em:

<<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/doc.jsp?livre=resp+777974&&b=ACOR&p=true&t=&l=10&i=3>>. Acesso em: 10 maio 2009.

²²⁹ BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Apelação Cível. Processo Civil e Civil. Contrato de Seguro de Saúde. Preliminar do Recurso: Agravo Retido. Alegação de Cerceamento de Defesa em razão do Julgamento Antecipado da Lide. Mérito. Doença preexistente. Verificação Prévia do Estado de Saúde do Segurado. Dever inarredável do segurador. I - A prova pretendida pela parte não é indispensável à solução da lide e sendo o magistrado o destinatário das provas, incumbe-lhe, nos termos dos artigos 125, II, e 130, do Código de Processo Civil, indeferir as diligências inúteis ou meramente protelatórias, não havendo se falar, assim, em cerceamento do direito de defesa em razão do julgamento antecipado da lide. II - A seguradora contratou o seguro de vida em grupo sem a cautela de verificar o estado de saúde dos segurados, recebendo as prestações mensais. Agora, não é lícito invocar o disposto nos artigos 765 e 766 do Código Civil para se eximir da obrigação pactuada. Ante a ausência de laudo médico prévio, incumbia à seguradora demonstrar que o segurado tinha conhecimento completo de sua saúde e da evolução da doença, bem como que a omitiu de má-fé, objetivando se locupletar. Todavia, de tal ônus não se desincumbiu. Ademais, a cláusula que nega cobertura para as doenças pré-existentes é nula de pleno direito, pois abusiva e em desconformidade com o Código de Defesa do Consumidor, notadamente a norma prevista no art. 51, IV. III - Não há de ser aplicada a regra do art. 11 da Lei n.º 9.656/98, o qual permite a exclusão de cobertura de doenças preexistentes até o prazo máximo de 24 meses, quando se tratar de estado de emergência, que implique risco de vida ou de lesões irreparáveis, porquanto o art. 12, § 2º, I, da citada Lei, dispensa, nesses casos, o cumprimento do prazo de carência, sendo obrigatória a cobertura do atendimento. IV - Negou-se provimento ao agravo retido e à apelação. **APELAÇÃO CÍVEL 2005/011105274-5**. Sexta Turma Cível. Relator (a): José Divino de Oliveira. Brasília, 03, de dezembro de 2008. Disponível em: <<http://tjdf19.tjdft.jus.br/cgi-bin/tjcgil?DOCNUM=1&PGATU=1&l=20&ID=61643,44387,967&MGWLPN=SERVIDOR1&NXTPGM=jrhtm03&OPT=&ORIGEM=INTER>>. Acesso em: 10 maio 2009.

cobertura assistencial e que pode pleitear indenização, e o fornecedor, pólo passivo, aquele que tem o dever de indenizar pela recusa de cobertura assistencial de saúde.²³⁰

A modalidade de responsabilidade averiguada nessas relações é a objetiva. De acordo com o artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor, o fornecedor de serviços, planos de saúde, responde independentemente da existência de culpa nas relações, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.²³¹

Sobre essa responsabilidade objetiva ensina Cavalieri Filho:

A responsabilidade surge quando a atividade perigosa causa dano a outrem, o que evidencia que também em sede de responsabilidade objetiva o dever de indenizar tem por fundamento a violação de um dever jurídico, qual seja, o dever de segurança, que se contrapõe ao risco. Com efeito, quem se dispõe a exercer alguma atividade perigosa terá que fazê-lo com segurança, de modo a não causar dano a ninguém, sob pena de ter que por ele responder independente de culpa. Aí está, em nosso entender, a síntese da responsabilidade objetiva. Se, de um lado, a ordem jurídica garante a liberdade de ação, a livre iniciativa etc., de outro garante também a plena e absoluta proteção do ser humano. Há um direito subjetivo à segurança cuja violação justifica a obrigação de reparar o dano sem nenhum exame psíquico ou mental da conduta do seu autor. Na responsabilidade objetiva, portanto, a obrigação de indenizar parte da idéia de violação do direito de segurança da vítima.²³²

Outro diploma aplicado ao caso dos planos de saúde é o Código Civil de 2002. Seu artigo 927, parágrafo único, expressa a obrigação de reparação quando a atividade desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, riscos para os direitos de outrem.²³³ Trata-se da Teoria do Risco. De acordo com essa teoria, o “agente responde em

²³⁰ STOCO, Rui. **Tratado de responsabilidade civil**: doutrina e jurisprudência. 7. ed. rev., atual, ampl. São Paulo: Editora RT, 2007. p. 225.

²³¹ Art. 14. – “O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos”. BRASIL. **Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

²³² CAVALIERI FILHO, Sergio. Responsabilidade do segurador. In: CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de responsabilidade civil**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 139.

²³³ Art. 927 – “Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo. Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados

razão do risco ou perigo que a atividade exercida apresenta, ou seja, aquele que, em razão de sua atividade ou profissão cria um perigo ou expõe alguém ao risco de dano”.²³⁴ Rui Stoco, comentando o entendimento de Caio Mário, assevera que esse risco:

se fixa no fato de que, se alguém põe em funcionamento uma qualquer atividade, responde pelos eventos danosos que esta atividade gera para os indivíduos, independentemente de determinar se em cada caso, isoladamente, o dano é devido à imprudência, à negligência, a um erro de conduta.²³⁵

Além dos mencionados diplomas, no campo específico dos planos de saúde, a responsabilidade civil é aplicada nos ditames da Lei 9.656/98. De acordo com o art. 11 da lei, os fornecedores respondem pelas informações que os usuários de plano de saúde declararam, pois é dever destes a análise das informações obtidas e a solicitação de exames probatórios do estado de saúde desses consumidores (ônus da prova).²³⁶

É nesse aspecto que vem sendo sedimentado o entendimento atual dos tribunais. Analisaremos no ponto 2.3.3, portanto, alguns arestos.

em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem”. BRASIL. **Lei Nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/2002/L10406.htm>>. Acesso em: 10 maio 2009.

²³⁴ CAVALIERI FILHO, Sergio. Responsabilidade do segurador. In: CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de responsabilidade civil**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 139.

²³⁵ STOCO, Rui. **Tratado de responsabilidade civil**: doutrina e jurisprudência. 7. ed. rev., atual, ampl. São Paulo: Editora RT, 2007, p. 157.

²³⁶ Art. 11. – “É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o **caput**, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS”. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001). BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

2.3.2 A responsabilidade dos planos e seguros-saúde x prestadores

As responsabilidades das operadoras de saúde variam de acordo com o contrato. É aspecto de significativa relevância, principalmente no que se refere aos direitos dos consumidores.²³⁷

Nos seguros de saúde a responsabilidade é objetiva e não solidária. São contratos em que a operadora apenas se limita a arcar com as despesas geradas pelo segurado com a escolha de profissionais e estabelecimentos de saúde e que, por haver a livre e exclusiva escolha pelo consumidor, não responde solidariamente pelos danos causados por tais prestadores.²³⁸

Os planos de saúde respondem de forma objetiva. Por ser fornecedor e caracterizar relação de consumo, devem arcar com os danos que possam causar a seus usuários. Nesta relação não será perquirida culpa ou dolo, apenas o prejuízo e o nexo de causalidade.²³⁹ Em relação a seus prestadores²⁴⁰, por disponibilizarem rede própria²⁴¹ aos consumidores, têm a responsabilidade solidária frente aos danos que porventura causarem.

²³⁷ STOCO, Rui. **Tratado de responsabilidade civil**: doutrina e jurisprudência. 7. ed. rev., atual, ampl. São Paulo: Editora RT, 2007, p. 580.

²³⁸ Esse é o entendimento do doutrinador Rui Stoco. Ibidem, p. 580.

²³⁹ Art. 14 – “O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos”. BRASIL. **Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

²⁴⁰ Há divergências de entendimento a respeito da responsabilidade civil dos prestadores no que tange aos Hospitais. Ruy Rosado de Aguiar Jr. entende ser responsabilidade objetiva por se relação de consumo, nos termos do art. 14 do CDC, exceto se atuarem como meros hospedeiros (será solidária, perquirindo culpa). Já Rui Stoco discorda alegando que em qualquer situação, seja no fornecimento de serviços médicos típicos, seja na atuação como meros hospedeiros, o hospital só responderá por culpa e não objetivamente. STOCO, Rui, op. cit., p. 580-581.

²⁴¹ Para Adalberto Pasqualotto e Ruy Rosado de Aguiar, a lista da rede credenciada elaborada pelos planos ou seguradora traz consequências legais de monta para ela, ou seja, a seguradora será solidariamente responsável por eventuais danos causado aos consumidores pela indicação de profissionais. Entendimento diferente tem o doutrinador Rui Stoco que afirma que a seguradora tem a atribuição apenas de reembolsar despesas, não interferindo na escolha do profissional pelo consumidor, refugindo, portanto, ao nexo de causalidade entre o dano e sua atuação. No caso dos planos de saúde da mesma forma, a responsabilidade do plano de saúde só nascerá quando ela (empresa) tiver seus próprios hospitais, clínicas e atendimentos, dirigindo-os e mantendo-os, aí sim será responsabilidade objetiva. Ibidem, p. 580-581.

Nesses contratos há um vínculo entre o plano e prestadores de serviço, seja de natureza trabalhista, societária ou cooperativa.²⁴²

É de responsabilidade do plano de saúde o dever de escolher profissionais bons, de qualidade e que possuam destreza técnica.²⁴³ Um desempenho incorreto das atribuições dos prestadores, o plano de saúde responderá por danos morais e materiais, tendo, portanto, seu direito de regresso posteriormente contra esses profissionais.²⁴⁴

Acerca das declarações de saúde prestadas no ato da contratação pelos consumidores às operadoras de saúde, a responsabilidade é objetiva. Como uma relação de consumo-base que se caracteriza e considerada a vulnerabilidade do consumidor, o entendimento que tem sido firmado nos tribunais, em especial no Superior Tribunal de Justiça é o de obrigatoriedade da cobertura indenizatória pelas referidas empresas pela desídia na exigência de exames médicos prévios com a finalidade de detecção de doenças ou lesões preexistentes (DLP).²⁴⁵ Tal entendimento jurisprudencial será analisado em tópico seguinte.

²⁴² PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 59.

²⁴³ Ibidem, p. 53-59.

²⁴⁴ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. Civil e Processual. Ação de Reparação de Danos. Plano de Saúde. Erro em Tratamento Odontológico. Responsabilidade Civil. Litisconsórcio Necessário Não Configurado. Cerceamento de Defesa Inocorrente. Matéria de Prova. Reexame. Impossibilidade. Prequestionamento. Ausência. Súmulas ns. 282 e 356-STF. I. A empresa prestadora do plano de assistência à saúde é parte legitimada passivamente para a ação indenizatória movida por filiado em face de erro verificado em tratamento odontológico realizado por dentistas por ela credenciados, ressalvado o direito de regresso contra os profissionais responsáveis pelos danos materiais e morais causados. II. Inexistência, na espécie, de litisconsórcio passivo necessário. III. Cerceamento de defesa inocorrente, fundado o acórdão em prova técnica produzida nos autos, tida como satisfatória e esclarecedora, cuja desconstituição, para considerar-se necessária a colheita de testemunhos, exige o reexame do quadro fático, com óbice na Súmula n. 7 do STJ. IV. Ausência de suficiente prequestionamento em relação a tema suscitado. V. Recurso especial não conhecido. **RECURSO ESPECIAL Nº 328309 - RJ (2001/0074635-0)**. Quarta Turma. Relator (a): Min. Aldir Passarinho Junior. Brasília, 08, de outubro de 2002. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?newsession=yes&tipo_visualizacao=RESUMO&b=ACOR&livre=resp%20328309>. Acesso em: 10 maio 2009.

²⁴⁵ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. Seguro de vida. Doença preexistente. Exames prévios. Ausência. Inoponibilidade. Conforme entendimento pacificado desta Corte, a seguradora, ao receber o pagamento do prêmio e concretizar o seguro, sem exigir exames prévios, responde pelo risco assumido, não podendo esquivar-se do pagamento da indenização, sob a alegação de doença preexistente, salvo se comprove a deliberada má-fé do segurado. Recurso provido. **RECURSO ESPECIAL Nº 777974 - MG (2005/0145952-0)**. Terceira Turma. Relator (a): Min. Castro Filho. Brasília, 09, de maio de 2006. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/doc.jsp?livre=resp+777974&b=ACOR&p=true&t=&l=10&i=3>>. Acesso em: 10 maio 2009.

2.3.3 O entendimento dos tribunais

Buscando posicionamentos jurisprudenciais em vários tribunais sobre o tema foi encontrado no Tribunal de Justiça do Estado do Ceará e no Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina entendimentos desfavoráveis ao consumidor e nos demais favorável a esse.

Nesse âmbito foram constatados dois posicionamentos. O posicionamento de considerar a omissão de informações de doenças preexistentes pelo consumidor como má-fé e o posicionamento de considerar a não exigência dessas informações pelos planos de saúde ato de desídia, portanto, obrigação de assistência à saúde pelos fornecedores (Planos de Saúde) pela assunção do risco na contratação.

Nesse sentido vejamos:

Seguro. Moléstia preexistente. Má-fé. Aplicação do art. 766 do CC/2002.

É manifesta a má-fé do segurado que, ao contratar seguro de vida, omite ser portador de moléstia grave preexistente e devidamente diagnosticada, causadora do seu óbito meses após a assinatura do contrato, o que torna lícita a recusa do pagamento securitário, a teor do artigo 766 do Código Civil.²⁴⁶

Apelação. Ação de execução. Contrato de seguro. **Informações inverídicas prestadas pelo falecido, quando de sua adesão ao plano securitário. Doença preexistente.** Comprovação indubitosa de que o segurado era portador de grave enfermidade à época da contratação do seguro. Aplicabilidade do art. 1.444 do código civil de 1916 (assemelhada redação do art. 766, do código vigente). **Verba indenizatória indevida.**²⁴⁷

²⁴⁶ BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina. Apelação Cível. Ação de Cobrança - Seguro de Vida - Indenização por Morte - Negativa de Pagamento Baseada na Existência de Doença Preexistente - Segurado com Grave Moléstia Diagnosticada Anteriormente a Contratação - Omissão Quando da Declaração de Estado de Saúde - Óbito Decorrente desta Doença - Elementos que Indicam a Má-fé do Segurado - Exegese do artigo 766 do Código Civil - Sentença Mantida - Recurso Desprovido. É manifesta a má-fé do segurado que, ao contratar seguro de vida, omite ser portador de moléstia grave preexistente e devidamente diagnosticada, causadora do seu óbito meses após a assinatura do contrato, o que torna lícita a recusa do pagamento securitária, a teor do artigo 766 do Código Civil. **APELAÇÃO CÍVEL 2008/016679-7.** Terceira Câmara de Direito Civil. Relator (a): Fernando Carioni. Brasília, 15, de julho de 2008. Disponível em: <<http://app.tjsc.jus.br/jurisprudencia/acpesquisa!pesquisar.action?qTodas=&qFrase=&qUma=&qNao=&qDataIni=&qDataFim=&qProcesso=2008.016679-7&qEmenta=&qClasse=Apela%E7%E3o+C%E3o+EDvel&qRelator=&qForo=&qOrgaoJulgador=&qCor=FF0000&qTipoOrdem=relevancia&pageCount=10>>. Acesso em: 10 maio 2009.

²⁴⁷ BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Ceará. Apelação. Ação de execução. Contrato de seguro. Informações inverídicas prestadas pelo falecido, quando de sua adesão ao plano securitário. Doença preexistente. Comprovação indubitosa de que o segurado era portador de grave enfermidade à época da

Observando esses arestos, percebemos que a responsabilidade civil é atribuída ao consumidor por considerar má-fé a omissão de doença ou moléstia grave, da qual o usuário é “sabedor”, quando do preenchimento do formulário de saúde. O resultado para ele (consumidor) seria a perda do benefício.²⁴⁸

Porém, o entendimento majoritário da doutrina e da própria lei declara que o Plano de Saúde, ao declinar de sua faculdade de solicitar exames de declaração de saúde concernentes ao usuário, fica impedido de, posteriormente, alegar possível conhecimento por parte do beneficiário de algum tipo de doença preexistente à assinatura do contrato.²⁴⁹ *O consumidor, ainda que doente, poderia não ter conhecimento de tal doença.*

Reforçando esse entendimento, é a jurisprudência do Rio Grande do Sul:

Apelação Cível. Seguro de Vida. Alegação de Preexistência da Doença. Má-fé da Segurada Não Demonstrada. Tendo a seguradora admitido a contratação do seguro e o pagamento do respectivo prêmio sem prévio exame médico, não pode agora, após o sinistro, alegar doença preexistente para se eximir de sua obrigação. Não demonstrada a má-fé da segurada no momento da contratação do seguro, deve a seguradora arcar com o pagamento do pactuado.²⁵⁰

contratação do seguro. Aplicabilidade do art. 1.444 do código civil de 1916 (assemelhada redação do art. 766, do código vigente). Verba indenizatória indevida. **APELAÇÃO CÍVEL 2000/133988-6**. Segunda Câmara Cível. Relator (a): Des. José Cláudio Nogueira Carneiro. Brasília, 19, de outubro de 2005. Disponível em: <<http://www4.tjce.jus.br/sproc2/paginas/Acordao.htm>>. Acesso em: 10 maio 2009.

²⁴⁸ Para o segurado, a pena pela violação do Dever de boa-fé é a perda do valor do seguro e a obrigação de pagar o prêmio, segundo disposição do art. 1444 do CC de 1916 e art. 766 do CC de 2002. O segurador sempre aguardava a ocasião do pagamento da indenização para recusar o pedido, com as clássicas alegações de preexistência da doença, de declaração incompleta ou omissa a respeito das circunstâncias concernentes ao segurado e ao seguro contratado, visto que o segurador somente estará obrigado a restituir o prêmio, se comprovada a sua culpa, e em dobro o prêmio recebido, como no caso de aceitar seguro de risco que sabe estar passado, hipótese do art. 1.446 do CC de 1916 e art. 773 do CC de 2002. BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. Art. 11. In: BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. **Lei dos planos e seguros de saúde**: comentada artigo por artigo, doutrina, jurisprudência. 2. ed. rev., ampl., e atual. São Paulo: Editora RT, 2005. p. 109.

²⁴⁹ PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2**: a nova assistência privada à saúde. São Paulo: RT, 2008. p. 52.

²⁵⁰ BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Apelação Cível. Seguro de Vida. Alegação de Preexistência da Doença. Má-fé da Segurada Não Demonstrada. Tendo a seguradora admitido a contratação do seguro e o pagamento do respectivo prêmio sem prévio exame médico, não pode agora, após o sinistro, alegar doença preexistente para se eximir de sua obrigação. Não demonstrada a má-fé da segurada no momento da contratação do seguro, deve a seguradora arcar com o pagamento do pactuado. **APELAÇÃO CÍVEL 2005/70010057354**. Sexta Câmara Cível. Relator

E mais:

Se não demonstrado convincentemente ter o segurado agido de má-fé ou que a omissão, ao prestar informações, foi intencional, o contrato é válido, devendo a seguradora efetuar o pagamento do benefício. Dispensando a seguradora, no contrato, exame médico, há que se crer na palavra do segurado, cabendo àquelas provar a má-fé deste. Em caso de dúvida, resolve-se em favor do segurado.²⁵¹

O Superior Tribunal de Justiça (STJ), portanto, pacifica a questão, configurando como omissa a conduta da seguradora ou plano de saúde que não exige exame para admissão de segurado. É o que verificamos:

Seguro-saúde – Doença preexistente – AIDS. Omissa a seguradora tocante à sua obrigação de efetuar exame de admissão do segurado, cabe-lhe responder pela integralidade das despesas médico-hospitalares havidas com a internação do paciente, sendo inoperante a cláusula restritiva inserta no contrato de seguro-saúde. Recurso conhecido em parte e parcialmente provido.²⁵²

AGRAVO REGIMENTAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. DOENÇA PREEXISTENTE. BOA FÉ E AUSÊNCIA DE EXAME PRÉVIO. RECUSA. ILÍCITA.DECISÃO UNIPESSOAL. ART. 557, CPC.

(a): Cacildo de Andrade Xavier. Brasília, 27, de julho de 2005. Disponível em: <http://www.tjrs.jus.br/site_php/jprud2/ementa.php>. Acesso em: 10 maio 2009.

²⁵¹ BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina. Apelação Cível. Seguro de Vida - Alegação de Moléstia Preexistente ao Contrato de Seguro - Má-fé Não Demonstrada - Ônus Probandi - Inteligência dos arts. 1.443 e 1.444 do Código Civil - Recurso Provido. Ao segurador cabe, para exonerar-se da obrigação de indenizar assumida no contrato de seguro, o ônus da prova de sua irresponsabilidade. Na dúvida responde pela obrigação (RT 401/247, 395/230 e 366/309). Se não demonstrado convincentemente ter o segurado agido de má-fé ou que a omissão, ao prestar informações, foi intencional, o contrato é válido, devendo a seguradora efetuar o pagamento do benefício. Dispensando a seguradora, no contrato, exame médico, há que se crer na palavra do segurado, cabendo àquelas provar a má-fé deste. Em caso de dúvida, resolve-se em favor do segurado (JC 72/395). **APELAÇÃO CÍVEL 1999/1997015052-0**. Segunda Câmara de Direito Civil. Relator (a): Anselmo Cerello. Brasília, 02, de dezembro de 1999. Disponível em: <<http://app.tjsc.jus.br/jurisprudencia/acnaintegra!html.action?qTodas=&qFrase=Se+n%E3o+demonstrado+c onvincentemente+ter+o+segurado+agido+de+m%E1-f%E9+&qUma=&qNao=&qDataIni=&qDataFim=&qProcesso=&qEmenta=&qClasse=Apela%E7%E3o+C%EDvel&qRelator=Anselmo+Cerello&qForo=&qOrgaoJulgador=&qCor=FF0000&qTipoOrdem=relevancia&pageCount=10&qID=AAAGxaAAKAAAK0yAAE>>. Acesso em: 10 maio 2009.

²⁵² BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. Seguro-saúde – Doença preexistente – AIDS. Omissa a seguradora tocante à sua obrigação de efetuar exame de admissão do segurado, cabe-lhe responder pela integralidade das despesas médico-hospitalares havidas com a internação do paciente, sendo inoperante a cláusula restritiva inserta no contrato de seguro-saúde. Recurso conhecido em parte e parcialmente provido. **RECURSO ESPECIAL Nº 234219 - SP (1999/0092625-0)**. Quarta Turma. Relator (a): Min. Ruy Rosado de Aguiar. Brasília, 15, de maio de 2001. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/doc.jsp?livre=RESP+234219&&b=ACOR&p=true&t=&l=10&i=7>>. Acesso em: 10 maio 2009.

É lícito ao relator negar seguimento a recurso que esteja em descompasso com a jurisprudência do STJ. É ilícita a recusa da cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente à contratação do seguro-saúde, se a Seguradora não submeteu a segurada a prévio exame de saúde e não comprovou má-fé. Precedentes.²⁵³

Destarte, no que toca à conduta do plano de saúde em após ter firmado o pacto, obstaculizar-se ao pagamento da importância segurada deduzindo doença preexistente ou defeito na declaração do segurado, não configura conduta razoável. Assim a doutrina assevera:

[...] o direito contratual passa a realizar um controle da liberdade contratual, controle da liberdade do mais forte, proteção da liberdade do outro, do contratante mais fraco; controle sempre baseado nos princípios maiores da boa-fé objetiva e da necessária proteção da confiança na sociedade de consumo.²⁵⁴

Nessa proteção, além do fato da seguradora se subtrair ao pagamento da indenização, ainda tendo aceitado os riscos da omissão, não exigindo exames prévios de saúde, denota-se também agressão à confiança mediana, pois ao fornecedor não é facultado propiciar surpresas ao consumidor.²⁵⁵

Cumpre assim concluir que, mesmo que preexistente, porém desconhecido o mal que adveio ao usuário, não tem o plano de saúde o direito de escusar-se ao cumprimento da prestação pactuada, posto que, relevante à lei não é o estado material do segurado ao tempo do contrato e sim, a qualidade da sua declaração, ou seja, se de boa ou má-fé. Havendo boa-fé quando da contratação do plano ou seguro de saúde, ainda que a enfermidade seja

²⁵³ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Agravo Regimental no Agravo de Instrumento. Agravo Regimental. Plano de Saúde. Cobertura. Doença Preexistente. Boa-fé e ausência de exame prévio. Recusa. Ilícita. Decisão Unipessoal. Art. 557, CPC. É lícito ao relator negar seguimento a recurso que esteja em descompasso com a jurisprudência do STJ. É ilícita a recusa da cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente à contratação do seguro-saúde, se a Seguradora não submeteu a segurada a prévio exame de saúde e não comprovou má-fé. Precedentes. **AgRg no Ag 973265/SP. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO DE INSTRUMENTO 2007/0255746-9**. Terceira Turma. Relator (a): Min. Humberto Gomes de Barros. Brasília, 12, de fevereiro de 2008. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/doc.jsp?livre=agrg+973265&&b=ACOR&p=true&t=&l=10&i=2>>. Acesso em: 10 maio 2009.

²⁵⁴ GOMES, Emerson Souza. Aplicação do princípio da boa fé objetiva aos contratos de seguro de vida. **Academia Brasileira de Direito**. Santa Catarina, jun. 2006. Disponível em: <http://www.abdir.com.br/doutrina/ver.asp?art_id=336&categoria=Civil>. Acesso em: 13 set. 09.

²⁵⁵ Ibidem.

preexistente, a cobertura do risco pelo plano de saúde ou seguradora é consequência do contrato.²⁵⁶

Além disso, no que tange às diligências efetuadas pelo segurado para o cuidado com sua saúde (consultas, exames preventivos entre outros), igualmente não autorizam a recusa na cobertura ou pagamento da importância segurada ou pactuada pelas operadoras, menos ainda, podem configurar a má-fé do segurado quando da contratação do seguro ou plano.

É comum que o usuário realize exames preventivos sempre em atenção à sua saúde. Os planos de saúde não podem se esquivar das suas obrigações com base em condutas preventivas dos seus beneficiários. A frequência dos consumidores na realização de exames e comparecimentos em consultas médicas por si só não bastam como indícios de preexistência de doenças.

Assim é o entendimento do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo:

Nivaldo Rodrigues Silva contratou serviços de assistência médica e hospitalar com a Universo S/C. Ltda. Em 26 de julho de 2001. No dia 9 de março anterior, ele havia feito exames preventivos de câncer na próstata, com resultado negativo. Porém, em 23 de janeiro de 2002, já na vigência do plano de saúde, foi constatada a existência de tumor, de modo que o apelado teve que se submeter a diversos procedimentos e, enfim, a cirurgia denominada “prostatectomia radical”. Ocorre que a recorrente recusou atendimento, não cobrindo as solicitações médicas [...] além das despesas com a operação, como honorários médicos e de anestesista, diárias hospitalares, medicamentos, materiais de enfermagem e outros, que totalizaram R\$ 6.216, 72. A negativa de cobertura teve por justificativa a preexistência da enfermidade [...]. Entretanto, não há prova de que o recorrido tenha sido submetido a exame anterior para a admissão no plano e verificação de eventual preexistência de enfermidade, mostrando-se indevida a recusa de atendimento. A obrigação de exigir e efetuar exame médico prévio incumbia à empresa, a fim de alertar o aderente, especificamente, a respeito das doenças que seriam excluídas.²⁵⁷

²⁵⁶ GOMES, Emerson Souza. Aplicação do princípio da boa fé objetiva aos contratos de seguro de vida. **Academia Brasileira de Direito**. Santa Catarina, jun. 2006. Disponível em: <http://www.abdir.com.br/doutrina/ver.asp?art_id=336&categoria=Civil>. Acesso em: 13 set. 09.

²⁵⁷ BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Apelação - Plano de Saúde - Negativa de Cobertura sob Alegação de Doença Preexistente - Recusa Indevida - Não há prova de que o paciente tenha sido submetido a exame anterior para admissão no plano e verificação de possível preexistência de enfermidade -

Ademais, ainda que o consumidor seja portador de doenças ou lesões preexistentes não poderá as operadoras usá-las na caracterização da má-fé do usuário por não ter o consumidor obrigação ou possibilidade de sabê-las. Resta, portanto, demonstrada a responsabilidade civil dos planos na cobertura assistencial das doenças.

A obrigação de exigir e efetuar exame médico prévio incumbia à empresa, para alertar o aderente, especificamente, a respeito de doenças que seriam excluídas - Cláusulas restritivas devem ser claras, sem que existam dúvidas, não podendo se exigir do consumidor que tenha ciência de termos técnicos ou de quais doenças são preexistentes - Inexistência de dano moral indenizável, porquanto a negativa indevida não se confunde com ato ilícito, eivado de dolo ou culpa, cuidando-se de interpretação de cláusula contratual - Sucumbência recíproca, por ter o apelado decaído de porção considerável do pedido - Recurso parcialmente provido (voto 4351). **APELAÇÃO CÍVEL 2005/3762764100**. Nona Câmara de Direito Privado. Relator (a): Sérgio Gomes. Brasília, 05, de julho de 2005. Disponível em: <<http://esaj.tj.sp.gov.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=2090769>>. Acesso em: 10 maio 2009.

3 OS PLANOS DE SAÚDE NA PRÁTICA

3.1 Apresentação da pesquisa

A pesquisa realizada no presente trabalho ocorreu por meio de entrevistas pessoais elaboradas com quatro corretores ou vendedores de planos de saúde. Teve por finalidade a verificação na prática da forma com que as declarações de saúde são prestadas pelo consumidor no ato da contratação do produto e se, ao menos, essas informações de saúde são solicitadas pelo plano contratado.

Essa pesquisa foi desenvolvida mediante simulações de compra ou contratação de plano de saúde, oportunidade em que foram colhidas todas as informações necessárias sobre os planos como cobertura, valores de mensalidades, reajustes, rede credenciada de hospitais, laboratórios e profissionais de saúde, prazos de carência de acordo com a antiga e a nova lei de planos de saúde entre outras.

Nessas simulações foram exigidas documentações essenciais como documento de identidade, cadastro de pessoa física, comprovante de residência e o preenchimento de uma declaração de saúde que é o documento integrante da proposta de contratação, onde o adquirente deve informar eventuais doenças preexistentes.

Foi observado nessas simulações que nenhum corretor, ou seja, intermediador ou profissional experiente no assunto questionou sobre as informações prestadas na declaração de saúde, nem alertou sobre as consequências do preenchimento incorreto da mesma.

De acordo com esses profissionais, essas informações são checadas pela própria matriz dos planos de saúde com base em todos os procedimentos médicos e consultas realizadas em planos anteriores à contratação.

3.2 Metodologia da pesquisa

A metodologia utilizada na condução do trabalho monográfico foi a pesquisa participante, pois de acordo com o autor Antônio Carlos Gil tal pesquisa:

caracteriza-se pela interação entre pesquisadores e membros das situações investigadas. [...] A pesquisa participante, por sua vez, envolve a distinção

entre ciência popular e ciência dominante. Esta última tendente a ser vista como uma atividade que privilegia a manutenção do sistema vigente e a primeira como o próprio conhecimento derivado do senso comum, que permitiu ao homem criar, trabalhar e interpretar a realidade sobretudo a partir dos recursos que a natureza lhe oferece²⁵⁸.

A pesquisa participante se distingue do estudo de campo, porque neste

[...] o pesquisador realiza a maior parte do trabalho pessoalmente, pois é enfatizada importância de o pesquisador ter tido ele mesmo uma experiência direta com a situação de estudo. Também se exige do pesquisador que permaneça o maior tempo possível na comunidade, pois somente com essa imersão na realidade é que se podem entender as regras, os costumes e as convenções que regem o grupo estudado.²⁵⁹

Essa modalidade de pesquisa utilizada, ou seja, a pesquisa participante possibilitou o estudo prático do tema abordado, permitindo maior detalhamento das relações negociais.

Através de entrevistas direcionadas aos vendedores de planos de saúde, foram esclarecidas dúvidas a respeito dos planos de saúde e obtida respostas às causas determinantes dos problemas envolvendo esse produto.

3.3 Base empírica da pesquisa

A pesquisa contou com a participação de quatro corretores integrantes de escritórios de corretagem diferentes, todos localizados em Brasília-DF. Esses escritórios foram escolhidos de forma aleatória por intermédio de sites de busca e pesquisas que fornecem endereços e localizações sobre planos de saúde, além do auxílio de listas telefônicas.

Nessas entrevistas foram levantadas informações e materiais para melhor entendimento do funcionamento e contratações dos planos de saúde como formulários de declaração de saúde, propostas de contratação dos planos, cartas de orientação do consumidor entre outras disponibilizadas em anexo neste trabalho.

²⁵⁸ GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo:Atlas S.A., 2009. p. 55-56.

²⁵⁹ Ibidem, p. 53.

O objetivo é identificar se as declarações de saúde são exigidas pelo plano contratado e como são formalizadas. Durante as entrevistas foi observado que essas declarações são preenchidas em um formulário de saúde pelo consumidor, de próprio punho e posteriormente investigadas pelo plano de saúde.

Os corretores foram os alvos da pesquisa devido a não comercialização do produto pelos próprios planos de saúde (matrizes e filiais).

3.4 Resultados

Durante a pesquisa foi possível observar procedimentos quase padrões dos vendedores de planos de saúde.

No plano A constatou-se a não exigência de exames médicos de saúde para a comprovação das doenças preexistentes. Foram informadas as características dos planos de saúde como mensalidades, reajustes, coberturas e rede credenciada. Para a pactuação foram solicitados apenas documentos básicos como comprovante de renda, residência, CPF, RG e preenchimento da declaração de saúde pelo próprio beneficiário.

No Plano B foram obtidas informações acerca do produto e, da mesma forma que o primeiro, não foi solicitada a realização exames de saúde seja por profissional da rede, seja por profissional de confiança do beneficiário.

Da mesma forma como nos planos anteriores, nos planos C e D, foram solicitados somente os documentos pessoais e o preenchimento do formulário de saúde, não tendo sido repassada qualquer informação acerca da necessidade de exames médicos.

Nas entrevistas foram feitas algumas perguntas atinentes aos planos de saúde. Foi elaborado um questionário capaz de orientar a pesquisa e colher as informações necessárias ao entendimento da recusa de coberturas pelas operadoras, vejamos:

- 1) Foi solicitado pelos corretores ou vendedores de planos de saúde exames médicos para a comprovação da existência de doenças preexistentes do beneficiário?
- 2) Os corretores informaram sobre a possibilidade da entrevista qualificada?

- 3) Foram exigidos documentos pessoais para a efetivação da contratação?
- 4) Os corretores exigiram o preenchimento do formulário de declaração de saúde?
- 5) Foi o consumidor que preencheu a Declaração de Saúde?
- 6) O consumidor foi informado de forma satisfatória sobre o plano a ser contratado?
- 7) O consumidor foi informado das consequências do não preenchimento da Declaração de Saúde de forma correta e de boa-fé?

Com base nas informações colhidas nessa pesquisa, foram obtidos os seguintes resultados:

	Plano A	Plano B	Plano C	Plano D
1)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
2)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
3)	SIM	SIM	SIM	SIM
4)	SIM	SIM	SIM	SIM
5)	SIM	SIM	SIM	SIM
6)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
7)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

4 ANÁLISE DE RESULTADOS

Observando os resultados coletados na pesquisa entende-se que a padronização de conduta perpetrada pelas operadoras de planos de saúde no mercado de consumo está em desacordo com as Leis²⁶⁰ e com as regulamentações da Agência Nacional de Saúde Suplementar²⁶¹, visto que nenhum dos planos de saúde avaliados exigiu do consumidor ou sequer o informou da necessidade de realização de exames médicos para a comprovação da existência de doenças preexistentes e nem o informou das consequências do preenchimento incorreto do documento de saúde, negando ao final a cobertura assistencial.

São condutas abusivas, portanto devem ser mudadas, visto que atentam contra os princípios básicos do Direito do Consumidor e do Direito Civil como da Informação, da Boa-fé, do Cumprimento Obrigatório dos Contratos (*pacta sunt servanda*), dentre outros.

É direito básico do consumidor ser informado não apenas das características e qualidades positivas de um produto ou serviço, mas também dos riscos e limitações que os mesmos apresentam, para que assim o consumidor possa exercer seu direito de escolha. O fornecedor não pode simplesmente omitir informações relevantes no ato da contratação visando o fechamento do negócio e levar o consumidor a erro. Essa conduta caracteriza assunção de risco de punições pela empresa, devendo ser mais rigorosamente autuadas ou punidas pelos órgãos fiscalizadores, no caso, a ANS.

A conduta realizada por essas operadoras viola também o artigo 30 do Código de Defesa do Consumidor (Princípio da Vinculação da Oferta), pois todo serviço oferecido no mercado (no caso a garantia assistencial) vincula o fornecedor e integra o contrato, devendo, portanto, responder as mesmas pelo descumprimento da norma de consumo.

²⁶⁰ O termo utilizado no texto “as Leis” refere-se à legislação dos planos de saúde, Lei 9.656/98, e à lei consumerista, Lei 8.078/90.

²⁶¹ De acordo com a Resolução Normativa nº 162/2007 editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), atribuição esta conferida pela Lei 9.656/98, é direito do consumidor ou beneficiário o preenchimento da Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por médico pertencente à rede credenciada ou referenciada pela contratada, sem qualquer ônus para o mesmo, ou por médico de sua escolha por suas expensas, conforme art. 5º, § 1º a 4º.

Vislumbra-se como forma de solução à atuação desmedida e desenfreada das empresas, ou seja, ao descumprimento da Resolução Normativa nº 162²⁶² da ANS (informação) e à Resolução nº 124²⁶³ (garantia à cobertura assistencial)²⁶⁴, a aplicação de multas pecuniárias mais pesadas sempre que as mesmas, no ato da contratação, não oferecerem ou informarem²⁶⁵ ao consumidor da possibilidade da entrevista qualificada para o preenchimento da Declaração de Saúde, bem como da necessidade da realização de exames médicos pelo beneficiário para comprovação da saúde (DLP)²⁶⁶, devendo a empresa fazer prova de tal documento de oferecimento, devidamente assinado por ambas as partes e anexado ao contrato firmado. Caso a empresa não consiga prova de tal oferecimento deverá ser punida administrativamente (pela ANS) e judicialmente (pelo Judiciário por provocação

²⁶² Art. 5 - § 1º “O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário”. BRASIL. **Resolução Normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007**. Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar; revoga as Resoluções CONSU nº 2, de 4 de novembro de 1998, CONSU nº 17 de 23 de março de 1999, artigos 2º e 4º da Resolução CONSU nº 15 de 23 de março de 1999, a Resolução Normativa 20 de 12 de dezembro de 2002 e a Resolução Normativa RN nº 55, de 2 de novembro de 2003 e altera a Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1084&id_original=>>. Acesso em: 10 maio 2009. Este artigo deve ser interpretado junto com o artigo 6º, inciso III, do Código de Defesa do Consumidor – “São direitos básicos do consumidor: III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem”. BRASIL. **Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

²⁶³ Art. 77 – “Deixar de garantir ao consumidor benefício de acesso ou cobertura previstos em lei: Sanção – multa de R\$ 80.000,00”. BRASIL. **Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006**. Dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=839&id_original=0>. Acesso em: 13 set. 2009.

²⁶⁴ Art.11 – “É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)”. BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

²⁶⁵ Art. 14 – “O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos”. Ibidem.

²⁶⁶ Leia-se DLP como Doenças ou Lesões Preexistentes.

do consumidor) como forma de coibir essas práticas abusivas no mercado, conforme dispõe os artigos 56, incisos e parágrafo único e 7º do Código de Defesa do Consumidor.

Quanto à negativa de cobertura assistencial também vislumbra-se a aplicação de multas pecuniárias mais pesadas, já que as penalidades que vem sendo aplicadas às mesmas atualmente, por meio de processo administrativo²⁶⁷, no âmbito da ANS e até no âmbito judicial não estão sendo suficientes para educá-las e fazê-las agir em conformidade com as leis e regulamentos.

Ademais, caso haja sucessivas reiteraões dessas condutas acima mencionadas no mercado de consumo, deverá ser aplicado às empresas a penalidade de cancelamento da autorização de funcionamento em caráter definitivo, como forma de puni-las pela resistência ao cumprimento das legislações impostas, conforme se verifica no artigo 56²⁶⁸ do Código de Defesa do Consumidor já mencionado e artigo 25²⁶⁹, inciso VI da Lei 9.656/98 que rege os planos de saúde.

Essas propostas deverão ser bem avaliadas, pois se fazem importantes no âmbito dos negócios de assistência à saúde como forma preventiva de litígios e como forma de se obter por parte das operadoras boa conduta no mercado de consumo.

²⁶⁷ A apuração da fraude, se pelo consumidor ou se pela operadora de saúde, seguirá os ditames da Resolução Normativa nº 55. Art. 1º - “A presente Resolução Normativa tem por objeto estabelecer normas para instauração do processo administrativo que vise a comprovação de conhecimento prévio pelo consumidor contratante ou beneficiário de plano privado de assistência à saúde da ocorrência de doença e lesão preexistente, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS”. BRASIL. **Resolução Normativa nº 55, de 02 de novembro de 2003**. Dispõe sobre o processo administrativo para comprovação de conhecimento prévio de doença e lesão preexistente pelo consumidor contratante ou beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=529&id_original=0>. Acesso em: 13 set. 2009.

²⁶⁸ Vide art. 56 do CDC. BRASIL. **Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

²⁶⁹ Vide art. 25 da Lei de Planos de Saúde. BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

CONCLUSÃO

Observando o primeiro capítulo trabalhado foi possível concluir que existem Leis, normas de consumo e de proteção contratual que regulam o setor de saúde suplementar com a finalidade de resguardar o consumidor de práticas abusivas na sua relação assistencial. Além disso, foi possível detectar os órgãos fiscalizadores responsáveis pela regulação e autuação das empresas no mercado, bem como aqueles responsáveis pela colaboração na regulação do setor de saúde suplementar, ainda como câmara consultiva.

Foi analisado que a legislação de consumo (CDC), ao contrário do que muito pensam, ao invés de confrontar, complementa, “em diálogo de fontes”, as já existentes normas da Lei de planos de saúde, aplicando-se subsidiariamente apenas as normas da lei civil geral, ou seja, do novo Código Civil, de forma a equilibrar as relações de consumo em proteção do consumidor.

Na análise do segundo capítulo foi possível concluir que as doenças ou lesões preexistentes são as grandes responsáveis pelo problema da cobertura assistencial no mercado de consumo, em virtude da falha operada pelos corretores ou vendedores de planos de saúde na prestação de informações aos consumidores, durante o ato da contratação. Foi possível notar que esses intermediadores procuram apenas mostrar os aspectos positivos dos planos de saúde, em busca da venda do produto por comissões, deixando o consumidor sem informações quanto à necessidade de realização de exames médicos para detecção de preexistências e, também, quanto à possibilidade da entrevista qualificada, para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, atitudes essenciais que visam evitar futuros litígios com os consumidores.

Foi constatado que o consumidor no ato da contratação preenche o documento de saúde sozinho, ou seja, sem o auxílio de um profissional de saúde, não devendo, por isso, obter penalização. Conforme Paulo R. Roque, “o consumidor é um leigo, naturalmente vulnerável, ao passo que o fornecedor é um profissional, que deve conhecer os

dados essenciais sobre os bens que comercializa, motivo pelo qual esse dever de informação compete a ele (fornecedor)”.²⁷⁰

A informação deve ser apresentada ao consumidor de forma geral, ou seja, num aspecto macro, que transcinda a relação de consumo em si. Ao consumidor devem chegar também os esclarecimentos a respeito de seus direitos e deveres contratuais, incluindo todas as formas de exercê-los.²⁷¹

Ainda a respeito desse capítulo, foi possível verificar que a vedação à negativa de cobertura assistencial está respaldada nas Leis de consumo e de planos de saúde²⁷², em regulamentos editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e, principalmente, em julgados dominantes editadas por nossos tribunais.

Analisados alguns acórdãos foi observado que, apesar do argumento reiterado das operadoras em imputar má-fé aos consumidores por omissão de informações quanto às doenças preexistentes, são deveres dos fornecedores ou operadoras agir com cautela e diligência no ato da contratação, com vistas a evitar futuras desavenças.

Portanto, se a empresa concretizou o seguro e não exigiu exames médicos comprobatórios de saúde para a admissibilidade no plano, deverá ela arcar ou responder pelo risco assumido. É o entendimento majoritário dos nossos tribunais.

Finalmente, dos terceiro e quarto capítulos da monografia, ou seja, da coleta e análise de dados práticos, foi possível identificar e concluir que as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde não seguem as normas regulamentares do mercado de saúde suplementar, negando cobertura assistencial e omitindo informações essenciais, de forma a prejudicar os consumidores.

²⁷⁰ KHOURI, Paulo R. Roque A. **Direito do consumidor**: contratos, responsabilidade civil e defesa do consumidor em juízo. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2005. p. 72.

²⁷¹ PRUX, Oscar Ivan. Princípios do CDC: a informação e educação para o consumo como deveres do fornecedor. **Direito do Consumidor**, Paraná, set. 2007. Disponível em: <<http://www.parana-online.com.br/colunistas/235/49320/?postagem=PRINCIPIOS+DO+CDC+A+INFORMACAO+E+EDUCA+CAO+PARA+O+CONSUMO+COMO+DEVERES+DO+FORNECEDOR>>. Acesso em: 30 maio 2009.

²⁷² Vide art. 11 da lei 9.656/98. BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

O objeto do contrato de plano de saúde visa justamente dar a todos os consumidores a garantia e a cobertura na prevenção de doenças, bem como o acesso aos tratamentos de restabelecimento da saúde.

Portanto, o consumidor que se ver diante da recusa injusta do plano de saúde em fornecer cobertura assistencial ou não obtiver sequer as garantias firmadas em contrato com o plano, deverá denunciar à Agência Nacional de Saúde Suplementar para que, por meio de processo administrativo, possa ser apurado a fraude e apenar essas empresas que atuam de forma abusiva no mercado.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Biblioteca**. Rio de Janeiro, [2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno_informaca_06_2009.pdf>. Acesso em: 13 set. 09.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Cobertura assistencial**: contratos, tipos de plano, coberturas obrigatórias, planos novos e adaptados. Rio de Janeiro: ANS, 2005.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Legislação**. Rio de Janeiro, [2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=75&id_original=0>. Acesso em: 13 set. 09.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Missão**. Rio de Janeiro, [2009]. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/aans/missao.asp>>. Acesso em: 22 maio 09.

ALMEIDA, Arlindo de. A solução para o problema da saúde é mista e solidária. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, jan./apr. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010340141999000100012&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 maio 2009.

BICALHO, Ana Beatriz Rutowitsch. Os contratos de plano de saúde e a sua revisão jurisdicional. **Revista de direito do consumidor**, Brasília, ano 13, n. 49, p. 105-125, jan./mar. 2004.

BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. Art. 11. In: BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. **Lei dos planos e seguros de saúde**: comentada artigo por artigo, doutrina, jurisprudência. 2. ed. rev., ampl., e atual. São Paulo: Editora RT, 2005.

BRASIL. **Decreto-lei nº 4.044, de 6 de dezembro de 2001**. Dá nova organização ao Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, criado pela Medida Provisória no 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/100221/decreto-4044-01>>. Acesso em: 10 maio 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2009.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656.htm>. Acesso em: 10 maio 2009.

BRASIL. Lei Nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/2002/L10406.htm>>. Acesso em: 10 maio 2009.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada nº 41, de 14 de dezembro de 2000. Altera o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Resolução CONSU Nº 10, de 3 de novembro de 1998. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=155&id_original=0>. Acesso em: 13 set. 2009.

BRASIL. Resolução Normativa nº 55, de 02 de novembro de 2003. Dispõe sobre o processo administrativo para comprovação de conhecimento prévio de doença e lesão preexistente pelo consumidor contratante ou beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=529&id_original=0>. Acesso em: 13 set. 2009.

BRASIL. Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006. Dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=839&id_original=0>. Acesso em: 13 set. 2009.

BRASIL. Resolução Normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007. Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar; revoga as Resoluções CONSU nº 2, de 4 de novembro de 1998, CONSU nº 17 de 23 de março de 1999, artigos 2º e 4º da Resolução CONSU nº 15 de 23 de março de 1999, a Resolução Normativa 20 de 12 de dezembro de 2002 e a Resolução Normativa RN nº 55, de 2 de novembro de 2003 e altera a Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1084&id_original=>>. Acesso em: 10 maio 2009.

BRASIL. Resolução Normativa nº 167, de 9 de janeiro de 2007. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências. Brasília, 2007. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1084&id_original=>. Acesso em: 10 maio 2009.

CARVALHO SOBRINHO, Linneu Rodrigues de. Comentários à Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. In: CARVALHO SOBRINHO, Linneu Rodrigues de. **Seguros e Planos de Saúde: comentários, orientações do Ministério da Saúde, glossário, jurisprudência, danos morais decorrentes, legislação**. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2001.

CAVALIERI FILHO, Sergio. Responsabilidade do segurador. In: CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de responsabilidade civil**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Pareceres**. 2. ed. Brasília: CFM, 1998.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Saúde Suplementar**. Brasília: CONASS, 2007. v. 11.

DINIZ, Maria Helena. **Lei de Introdução ao Código Civil brasileiro interpretada**. 6. ed. atual. São Paulo: Saraiva, 2000.

FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **O que é saúde suplementar**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.fenaseg.org.br/main.asp?View=%7BA51B3D30-1346-4CD1-ADBF-BE3D00C1B605%7D>>. Acesso em: 30 maio 2009.

FERNANDES NETO, Antônio Joaquim. A obrigação de informar. In: FERNANDES NETO, Antônio Joaquim. **Plano de saúde e direito do consumidor**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

FORTALEZA, Dulcinéia Zampieri; VIEIRA, Cristiane Maria; BONATTO, Maura de Fátima. **Saúde: planos privados de assistência suplementar**. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

GREGORI, Maria Stella. O Código de Defesa do Consumidor e a Lei 9.656/98: Antinomia ou complementaridade. **Revista de direito do consumidor**, Brasília, ano 14, n. 55, p. 199-209, jul./ set. 2005.

GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. São Paulo: RT, 2007.

GREGORI, Maria Stella. O processo de normatização do mercado de saúde suplementar no Brasil. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 246-266.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2009.

GOLDEN CROSS. **Golden Cross Pessoas**: condições gerais ambulatorial e hospitalar. 32. ed. Rio de Janeiro: Golden Cross. 2008.

GOMES, Emerson Souza. Aplicação do princípio da boa fé objetiva aos contratos de seguro de vida. **Academia Brasileira de Direito**. Santa Catarina, jun. 2006. Disponível em: <http://www.abdir.com.br/doutrina/ver.asp?art_id=336&categoria=Civil>. Acesso em: 13 set. 09.

KHOURI, Paulo R. Roque A. **Direito do consumidor**: contratos, responsabilidade civil e defesa do consumidor em juízo. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

LOPES, José Reinaldo de Lima; GARCIA NETO, Paulo Macedo. Consumidores de planos de saúde (ou, doente também tem direitos) – uma revisão. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2**: a nova assistência privada à saúde. São Paulo: RT, 2008. p. 159-176.

MARQUES, Cláudia Lima. Três tipos de diálogos entre o Código de Defesa do Consumidor e o Código Civil de 2002: superação das antinomias pelo “diálogo das fontes”. In: PFEIFFER, Roberto A. C.; PASQUALOTTO, Adalberto. (Coord.). **Código de Defesa do Consumidor e o Código Civil de 2002**: convergências e assimetrias. São Paulo: RT, 2005. p. 11-82.

MARQUES, Cláudia Lima. Visões sobre os planos de saúde privada e o Código de Defesa do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2**: a nova assistência privada à saúde. São Paulo: RT, 2008.

NETO LÔBO, Paulo Luís. A informação como direito fundamental do consumidor. **Revista de direito do consumidor**, São Paulo, n. 37, p.66, jan./mar. 2001.

NUNES, Luiz Antônio Rizzatto. **Comentários à lei de plano privado de assistência à saúde**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

NUNES, Rizzatto. O Código de Defesa do Consumidor e os planos de saúde: o que importa saber. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2**: a nova assistência privada à saúde. São Paulo: RT, 2008. p. 241-245.

OLIVEIRA, Amanda Flávio de. Regulamentação dos planos de saúde e proteção da pessoa humana. **Revista de direito do consumidor**, Brasília, ano 13, n. 51, p. 101-111, jul./ set. 2004.

PASQUALOTTO, Adalberto. A regulamentação dos planos e seguros de assistência à saúde: uma interpretação construtiva. In: MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. (Coord.). **Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 1999. p. 36-64.

PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 15-70.

PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Cláusulas relativas à cobertura de doenças, tratamentos de urgência e emergência e carências. In: MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. (Coord.). **Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 1999. p. 73-99.

PRUX, Oscar Ivan. Princípios do CDC: a informação e educação para o consumo como deveres do fornecedor. **Direito do Consumidor**, Paraná, set. 2007. Disponível em: <<http://www.parana-online.com.br/colunistas/235/49320/?postagem=PRINCIPIOS+DO+CDC+A+INFORMACAO+E+EDUCACAO+PARA+O+CONSUMO+COMO+DEVERES+DO+FORNECEDOR>>. Acesso em: 30 maio 2009.

ROCHA, Sílvio Luís Ferreira da. Contratos de assistência médica pré-pagos e disciplina prevista na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 229-240.

SALAZAR, Andrea Lazzarini; GROU, Karina Bozola; SERRANO JÚNIOR, Vidal. Assistência privada à saúde: aspectos gerais da nova legislação. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 186-228.

SCHMITT, Cristiano Heineck. Visões sobre os planos de saúde privada e o Código de Defesa do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: RT, 2008. p. 71-158.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 30. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2007.

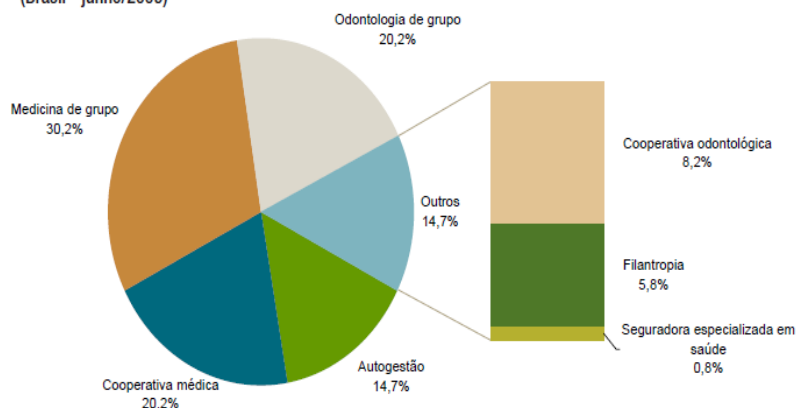
STOCO, Rui. **Tratado de responsabilidade civil: doutrina e jurisprudência**. 7. ed. rev., atual, ampl. São Paulo: Editora RT, 2007.

TZIRULNIK, Ernesto; CAVALCANTI, Flávio de Queiroz B.; PIMENTEL, Ayrton. **O contrato de seguro:** de acordo com o novo Código Civil Brasileiro. 2. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

UNIBANCO SEGUROS E PREVIDÊNCIA. **Planos abertos e fechados.** São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www1.unibancoaig.com.br/eep/ntp/cfu/daf/index.asp?nu_menu=2>. Acesso em: 13 set. 09.

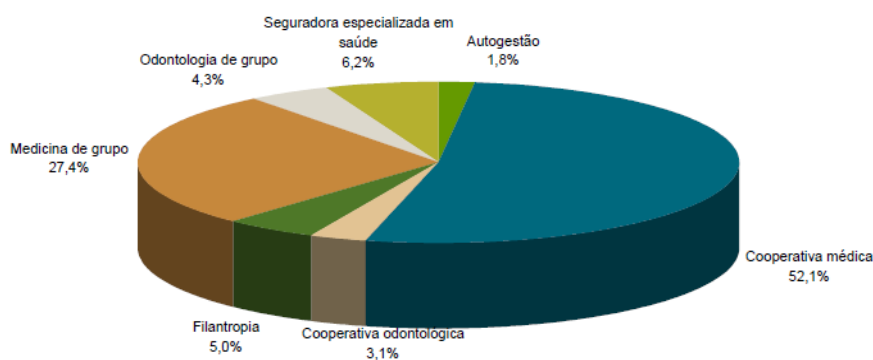
ANEXO A – MODALIDADES DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E FATIA REPRESENTATIVA NO MERCADO DE CONSUMO

Gráfico 2.4 Distribuição percentual das operadoras em atividade por modalidade (Brasil - junho/2009)



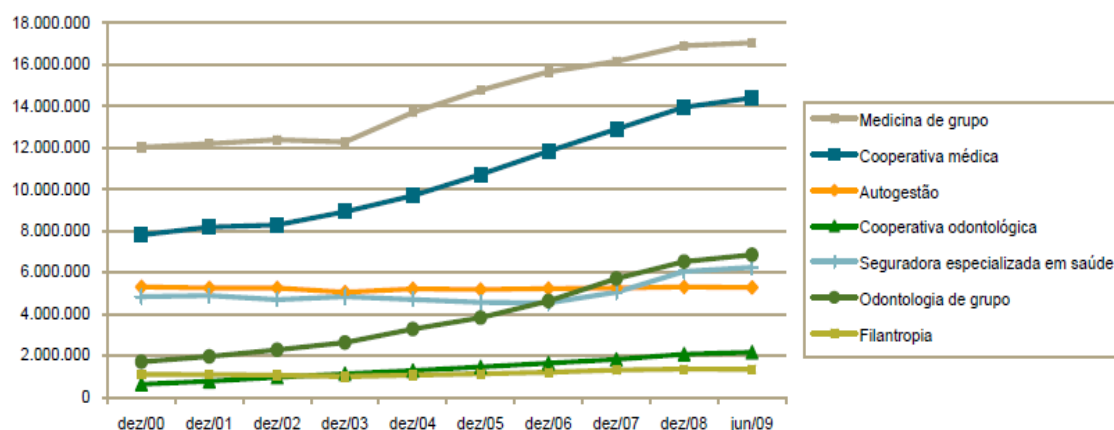
Fonte: Cadastro de Operadoras - ANS/MS - 06/2009 e Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 06/2009

Gráfico 3.2 Distribuição percentual dos planos de saúde com beneficiários por modalidade da operadora (Brasil - junho/2009)



Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 06/2009, Sistema de Registro de Produtos - ANS/MS - 06/2009 e Cadastro de Operadoras - ANS/MS - 06/2009
Nota: O registro da ANS só é obrigatório para os planos comercializados após a Lei nº 9.656/98.

Gráfico 1.31 Beneficiários de planos de saúde por modalidade da operadora (Brasil - 2000-2009)



Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 06/2009 e Cadastro de Operadoras - ANS/MS - 06/2009

ANEXO B – ENTIDADES INTEGRATIVAS DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Agência Nacional de Saúde Suplementar	Cooperativa de Serviços Odontológicos – UNIODONTO
Associação Brasileira de Defesa do Consumidor – PRO TESTE	Federação Brasileira de Hospitais – FBH
Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde – ADUSEPS	Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil – FARBRA
Associação Franco Basaglia – AFB	Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG
Associação Médica Brasileira – AMB	Força Sindical
Central Única dos Trabalhadores – CUT	Ministério da Fazenda
Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB	Ministério da Justiça
Confederação Nacional da Indústria – CNI	Ministério da Previdência e Assistência Social
Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – UNIMED DO BRASIL	Ministério da Saúde
Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS	Ministério do Trabalho e Emprego
Confederação Nacional do Comércio – CNC	Procon/SJC
Conselho Federal de Enfermagem – COFEN	Procon/SP-Capital
Conselho Federal de Medicina – CFM	Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE
Conselho Federal de Odontologia – CFO	Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo – SINOGE
Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS	Social Democracia Sindical – SDS
Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS

Fonte: Site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/instanciaparticipacao/composicao_css.asp>.

ANEXO C – JURISPRUDÊNCIA

Superior Tribunal de Justiça:

DIREITO CIVIL E CONSUMIDOR. SEGURO SAÚDE. CONTRATAÇÃO ANTERIOR À VIGÊNCIA DA LEI 9.656/98. DOENÇA PRÉ-EXISTENTE. OMISSÃO IRRELEVANTE. LONGO PERÍODO DE SAÚDE E ADIMPLEMENTO CONTRATUAL ANTES DA MANIFESTAÇÃO DA DOENÇA. - As disposições da Lei 9.656/98 só se aplicam aos contratos celebrados a partir de sua vigência, bem como para os contratos que, celebrados anteriormente, foram adaptados para seu regime. A Lei 9.656/98 não retroage para atingir o contrato celebrado por segurados que, no exercício de sua liberdade de escolha, mantiveram seus planos antigos sem qualquer adaptação. - O segurado perde direito à indenização, nos termos do art. 766, CC/2002, (art. 1.444/CC1916) se tiver feito declarações inverídicas quando poderia fazê-las verdadeiras e completas. E isso não se verifica se não tiver ciência de seu real estado de saúde. Precedentes. - Excepcionalmente, a omissão do segurado não é relevante quando contrata seguro e mantém vida regular por vários anos, demonstrando que possuía, ainda, razoável estado de saúde quando da contratação da apólice. - Aufere vantagem manifestamente exagerada, de forma abusiva e em contrariedade à boa-fé objetiva, o segurador que, após longo período recebendo os prêmios devidos pelo segurado, nega cobertura, sob a alegação de que se trata de doença pré-existente. Recurso Especial provido. (REsp 1080973/SP, RECURSO ESPECIAL, 2008/0173809-5, Relator(a), Ministra NANCY ANDRIGHI (1118), Órgão Julgador, T3 - TERCEIRA TURMA, Data do Julgamento 09/12/2008, Data da Publicação/Fonte, DJe 03/02/2009).

SEGURO-SAÚDE - DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA PREEXISTENTE - RECUSA DE COBERTURA - EXAME PRÉVIO OU MÁ-FÉ DO SEGURADO. 1. É ilícita a recusa da cobertura securitária, sob a alegação de Doença preexistente à contratação do seguro-saúde, se a seguradora Não submeteu a segurada a prévio exame de saúde e não comprovou Má-fé. (REsp 263564/SP, RECURSO ESPECIAL, 2000/0059869-0, Relator(a), Ministro HUMBERTO GOMES DE BARROS (1096), Órgão Julgador, T3 - TERCEIRA TURMA, Data do Julgamento 27/04/2004, Data da Publicação/Fonte, DJ 17/05/2004 p. 213)

Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios:

DIREITO CIVIL - CONTRATO DE SEGURO EM GRUPO - ALEGAÇÃO DE PREEXISTÊNCIA DA DOENÇA - SEGURADO NÃO QUESTIONADO QUANTO AO SEU ESTADO DE SAÚDE - INEXISTÊNCIA DE PROVA QUANTO AO NEXO CAUSAL. Se a seguradora aceita a proposta de adesão, mesmo quando o segurado não fornece informações sobre seu estado de saúde, deve arcar com os riscos do negócio. Precedentes do Superior Tribunal de Justiça. Para eximir-se a seguradora de sua obrigação indenizatória, não basta a prova de que o segurado, no momento da contratação, já era portador de determinadas doenças. É preciso que seja demonstrado, de maneira inequívoca, que as

moléstias preexistentes foram a causa do óbito. (20000110396832APC, Relator J.J. COSTA CARVALHO, 2ª Turma Cível, julgado em 21/03/2007, DJ 11/12/2007 p. 117)

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro:

Apelações cíveis. Seguro de vida e assistência hospitalar. Contrato que previa o dever da seguradora reembolsar o segurado por despesas com internação. Recusa da seguradora, alegando omissão pelo segurado de doença pré-existente. Pedido de reembolso e de indenização por dano moral. Sentença que julgou o pedido procedente em parte, determinando o reembolso e o pagamento de indenização por dano moral de R\$ 2.000,00. Apesar do apelante 1 ter omitido informações de seu histórico médico, não há nos autos qualquer prova de que a internação que resultou no pedido de reembolso tenha decorrido de doença pré-existente e conhecida no momento da celebração do contrato, até porque todos os exames e dados hospitalares são posteriores à celebração do pacto, não havendo menção nos mesmos se a doença seria nova ou pré-existente. Ainda que assim não fosse, não há prova de má-fé do segurado, ao omitir informações, pelo que aplicável ao caso o art. 766, parágrafo único, do CCB/2002, sendo devida a indenização, deduzida da mesma a diferença em relação ao prêmio efetivamente devido, levando em conta as informações omitidas. Prova de má-fé que caberia à seguradora, na forma do art. 333, II, do CPC. Precedente deste TJ. Dano moral caracterizado, não sendo o caso de aplicar a Súmula 75 deste TJ, uma vez que, sobretudo por envolver a saúde do segurado, as consequências do inadimplemento contratual vão em além dos aborrecimentos normais de uma relação contratual. Valor da indenização arbitrado com moderação e de acordo com os parâmetros desta Corte, não merecendo reparo. Sentença que merece integral confirmação. Recursos não providos. (2009.001.02478APC, Relator Des. Nanci Mahfuz, 12ª Câmara Cível, julgado em 09/06/2009)

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro:

OBRIGAÇÃO DE FAZER - COM PEDIDO DE TUTELA. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA POR PERÍODO SUPERIOR A 12 (DOZE) HORAS. CARÊNCIA. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. CLÁUSULA ABUSIVA. DIREITO DO CONSUMIDOR. NÃO APLICAÇÃO DA RESOLUÇÃO Nº 13/98 DO CONSU QUE VERSA SOBRE URGÊNCIA. AUTOR COM DIAGNÓSTICO DE COLICISTITE (PEDRA NA VESÍCULA). NECESSITANDO DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. URGÊNCIA. CARÊNCIA DE 24 HORAS CUMPRIDA. ART. 12, INCISO V DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. ATENDIMENTO QUE SE IMPÕE. Alegação de preexistência da doença. Em pesquisa no site da internet, verifica-se que a evolução da "coleciste" (cálculo na vesícula) pode ser silenciosa, ou seja, assintomática, e passar despercebida durante anos. O cálculo na vesícula não é aparente, para o seu diagnóstico são necessárias investigações específicas de imagem, sendo irrelevante, não ter sido declarado no momento da contratação. Cabe à seguradora no momento da contratação exigir exames ou atestados comprobatórios do estado de saúde do contratado, sob pena de aceitação tácita das informações eventualmente mal prestadas na proposta de seguro. Não demonstrada má-fé do segurado. Responsabilidade da seguradora em

oferecer cobertura contratual e arcar com a integralidade dos custos referentes à intervenção cirúrgica requerida. Precedente desta Corte e do STJ. SENTENÇA QUE SE REFORMA. PROVIMENTO DO RECURSO. (2009.001.13090APC, Relator Des. Teresa Castro Neves, 5ª Câmara Cível, julgado em 12/05/2009)

Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO DE VIDA. ALEGAÇÃO DE PREEXISTÊNCIA DA DOENÇA. MÁ-FÉ DA SEGURADA NÃO DEMONSTRADA. Tendo a seguradora admitido a contratação do seguro e o pagamento do respectivo prêmio sem prévio exame médico, não pode agora, após o sinistro, alegar doença preexistente para se eximir de sua obrigação. Não demonstrada a má-fé da segurada no momento da contratação do seguro, deve a seguradora arcar com o pagamento do pactuado. APELAÇÃO DESPROVIDA. (Apelação Cível Nº 70010057354, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Cacildo de Andrade Xavier, Julgado em 27/07/2005)

Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios:

AÇÃO CAUTELAR - LIMINAR - DEFERIMENTO - CONTRATO DE SEGURO SAÚDE - TRATAMENTO - DOENÇA PRÉ-EXISTENTE - PROVA - RELAÇÃO DE CONSUMO - ÔNUS DA FORNECEDORA - "PERICULUM IN MORA" E "FUMUS BONI JURES" PRESENTES. Doenças preexistentes são as que já eram do conhecimento do segurado à época da contratação do seguro, não assim a suspeita ou o diagnóstico inconclusivo (Lei 9.656/98, com a redação dada pelas Medidas Provisórias 1.908 e 1.976). Tratando-se de relação de consumo, à fornecedora dos serviços compete a demonstração inequívoca da existência do fato elisivo do cumprimento de sua obrigação, sem o que é de ser deferida a liminar pleiteada em ação cautelar, uma vez presentes o perigo na demora e a fumaça do bom direito. (20020020002268AGI, Relator SÉRGIO BITTENCOURT, 4ª Turma Cível, julgado em 18/03/2002, DJ 12/06/2002 p. 197).

PROCESSO CIVIL E CIVIL. CONTRATO DE SEGURO DE SAÚDE. PRELIMINAR DO RECURSO: AGRAVO RETIDO. ALEGAÇÃO DE CERCEAMENTO DE DEFESA EM RAZÃO DO JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE. MÉRITO. DOENÇA PREEXISTENTE. VERIFICAÇÃO PRÉVIA DO ESTADO DE SAÚDE DO SEGURADO. DEVER INARREDÁVEL DO SEGURADOR. I - A prova pretendida pela parte não é indispensável à solução da lide e sendo o magistrado o destinatário das provas, incumbe-lhe, nos termos dos artigos 125, II, e 130, do Código de Processo Civil, indeferir as diligências inúteis ou meramente protelatórias, não havendo se falar, assim, em cerceamento do direito de defesa em razão do julgamento antecipado da lide. II - A seguradora contratou o seguro de vida em grupo sem a cautela de verificar o estado de saúde dos segurados, recebendo as prestações mensais. Agora, não é lícito invocar o disposto nos artigos 765 e 766 do Código Civil para se eximir da obrigação pactuada. Ante a ausência de laudo médico prévio, incumbia à

seguradora demonstrar que o segurado tinha conhecimento completo de sua saúde e da evolução da doença, bem como que a omitiu de má-fé, objetivando se locupletar. Todavia, de tal ônus não se desincumbiu. Ademais, a cláusula que nega cobertura para as doenças pré-existentes é nula de pleno direito, pois abusiva e em descompasso com o Código de Defesa do Consumidor, notadamente a norma prevista no art. 51, IV. III - Não há de ser aplicada a regra do art. 11 da Lei n.º 9.656/98, o qual permite a exclusão de cobertura de doenças preexistentes até o prazo máximo de 24 meses, quando se tratar de estado de emergência, que implique risco de vida ou de lesões irreparáveis, porquanto o art. 12, § 2º, I, da citada Lei, dispensa, nesses casos, o cumprimento do prazo de carência, sendo obrigatória a cobertura do atendimento. IV - Negou-se provimento ao agravo retido e à apelação. (20050111052745APC, Relator JOSÉ DIVINO DE OLIVEIRA, 6ª Turma Cível, julgado em 03/12/2008, DJ 21/01/2009 p. 67)

ANEXO D – MODELO DE PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E DECLARAÇÃO DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE ADEÇÃO PARA BENEFICIÁRIOS PESSOA FÍSICA DF

LEI Nº 9.656, DE 3/6/1998

ANS - nº

CONTRATO Nº PF

Assinale o plano escolhido. A opção marcada valerá para todos os beneficiários. (Caso você queira fazer um plano diferente para algum beneficiário, é necessário o preenchimento de uma nova proposta.)

Planos: COBERTURA AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

- ☐ Plano Clássico DF - Grupo de Municípios - Quarto Coletivo - GR. Registro ANS
- ☐ Plano Clássico DF - Grupo de Municípios - Quarto Privativo - GR. Registro ANS
- ☐ Plano DF - Grupo de Municípios - Quarto Coletivo - GR. Registro ANS
- ☐ Plano DF - Grupo de Municípios - Quarto Privativo - GR. Registro ANS

Marque com um x caso deseje a opção de co-participação: () sim - co-participação nível RC-1 para consultas médicas em consultórios, clínicas, centros médicos e atendimento em prontos-socorros. Veja na tabela de vendas os valores referentes à co-participação.

Planos: COBERTURA AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

- ☐ Plano DF - Grupo de Municípios - Quarto Coletivo - GR. Registro ANS
- ☐ Plano DF - Grupo de Municípios - Quarto Privativo - GR. Registro ANS
- ☐ Plano DF - Grupo de Municípios - Quarto Coletivo - GR. Registro ANS
- ☐ Plano DF - Grupo de Municípios - Quarto Privativo - GR. Registro ANS

Marque com um x caso deseje a opção de co-participação: () sim - co-participação nível RC-1 para consultas médicas em consultórios, clínicas, centros médicos e atendimento em prontos-socorros. Veja na tabela de vendas os valores referentes à co-participação.

Planos: COBERTURA AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA E ADITIVO DENTAL I

- ☐ Plano Quarto Privativo - R.1.1.1 - GR. Registro ANS
- ☐ Plano Nacional - Quarto Privativo - R.1.1.1 - GR. Registro ANS
- ☐ Plano Quarto Privativo - R.1.1.1 - GR. Registro ANS
- ☐ Plano Nacional - Quarto Privativo - R.1.1.1 - GR. Registro ANS

Marque com um x caso deseje a opção de co-participação: () sim - co-participação nível RC-1 para consultas médicas em consultórios, clínicas, centros médicos e atendimento em prontos-socorros. Veja na tabela de vendas os valores referentes à co-participação.

Planos: Nacional de Reembolso: COBERTURA AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, ADITIVO DENTAL II PLUS, RESGATE E ASSISTÊNCIA MULTIVIAJEM INCLUIDOS

- ☐ Plano Nacional - Quarto Privativo - R.2.1.2 - GR. Registro ANS
- ☐ Plano Nacional - Quarto Privativo - R.5.5.6 - GR. Registro ANS
- ☐ Plano Nacional - Quarto Privativo - R.3.3.4 - GR. Registro ANS
- ☐ Plano Nacional - Quarto Privativo - R.3.3.4 - GR. Registro ANS

Planos: Referência: COBERTURA AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

- ☐ Plano Referência - Grupo Municípios - Quarto Coletivo - Registro ANS
- ☐ Plano Referência - Grupo Municípios - Quarto Coletivo - Registro ANS

código do corretor _____ nome do corretor _____

telefone do corretor _____ Nº DA SOLICITAÇÃO DE ADEÇÃO _____ TIPO DE CONTRATO _____

☐ Individual ☐ Grupo ☐ Familiar I ☐ Familiar II

DADOS DO TITULAR BENEFICIÁRIO

nome _____

CPF _____ OU PIS/PASEP _____ EC _____ data de nascimento _____ SE _____

nome da mãe _____ data de nascimento _____

endereço para correspondência (nome do logradouro) _____ número _____

complemento _____ bairro _____

município _____ UF _____ CEP _____ e-mail _____

endereço para cobrança _____

complemento _____ bairro _____

município _____ UF _____ CEP _____ e-mail _____

telefone residencial _____ telefone comercial _____ ramal _____ telefone celular _____

CONTA-CORRENTE PARA REEMBOLSO

nome do banco _____ banco nº _____ agência nº _____ conta-corrente nº _____

FORMAS DE PAGAMENTO

☐ lâminas mensais ☐ débito automático - nome do banco _____ banco nº _____ agência nº _____ conta-corrente nº _____

LEGENDAS TABELA DE GRAU DE PARENTESCO (GP) (1) pai/mãe (2) cônjuge (3) filho/filha (4) outros TABELA DE ESTADO CIVIL (EC) (1) solteiro (2) casado (3) viúvo (4) separado (5) divorciado (6) outros TABELA DE SEXO (SE) F - feminino M - masculino

Local e data: _____ Assinatura do proponente/responsável: _____

**SOLICITAÇÃO DE ADESÃO PARA
BENEFICIÁRIOS PESSOA FÍSICA DF**
ANS - nº
Nº DA SOLICITAÇÃO DE ADESÃO
APF
TIPO DE CONTRATO
☐ Individual ☐ Grupo ☐ Familiar I ☐ Familiar II

CONTRATO Nº PF
DADOS DOS DEPENDENTES BENEFICIÁRIOS

1	nome										
	CPF	GP	EC	data de nascimento	SE						
	nome da mãe	data de nascimento									
2	nome										
	CPF	GP	EC	data de nascimento	SE						
	nome da mãe	data de nascimento									
3	nome										
	CPF	GP	EC	data de nascimento	SE						
	nome da mãe	data de nascimento									
4	nome										
	CPF	GP	EC	data de nascimento	SE						
	nome da mãe	data de nascimento									

DADOS DO RESPONSÁVEL (caso o titular seja menor de idade ou não seja o responsável financeiro)

nome										
CPF	GP	SE	data de nascimento							
endereço para cobrança	número									
complemento	bairro									
município	UF	CEP	e-mail							
telefone residencial	telefone comercial	ramal	telefone celular							

ADITIVOS OPCIONAIS AOS PLANOS (não autorizados para o plano Referência)

<input checked="" type="checkbox"/> Dental I	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Resgate Saúde	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Assistência Multiviagem	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
--	------------------------------	------------------------------	---	------------------------------	------------------------------	---	------------------------------	------------------------------

VALORES PREVISTOS DE ACORDO COM A TABELA DE VENDAS VIGENTE

plano escolhido	Dental	Resgate Saúde	Assistência Multiviagem	taxa de cadastramento	total
-----------------	--------	---------------	-------------------------	-----------------------	-------

DADOS DO PAGAMENTO DESTA SOLICITAÇÃO

Recebi a importância de R\$ _____ (_____)
através do cheque nº _____ do banco nº _____, agência nº _____, conta-corrente nº _____,
a título de adiantamento por conta da Solicitação de Adesão do plano acima discriminado e encargos.

TRANSFERÊNCIA DE PLANO/PRC (PLANO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA)/ADITIVOS ESPECIAIS

nome do plano ou apólice original	nº do contrato	data de início	data do último pagamento	código PRC
caso você já possua plano de saúde, qual é o nome da empresa à qual é associado(a)?				
autorização (carimbo/assinatura)	PRC	ADITIVOS		

Nome, data e assinatura do corretor: _____

Local e data: _____ Assinatura do proponente/responsável: _____

ANÁLISE TÉCNICA (uso exclusivo da ANS)

nome, data e assinatura: _____

SOLICITAÇÃO DE ADESÃO PARA
BENEFICIÁRIOS PESSOA FÍSICACONTRATO Nº PF [REDACTED]
ANS - nº [REDACTED]

Nº DA SOLICITAÇÃO DE ADESÃO

2

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

- 1 - No preenchimento desta declaração, V. Sa. tem a opção de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora ou por um profissional de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
- 2 - A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes, como sendo aquelas de que V. Sa. tenha conhecimento, no momento da assinatura do contrato, com relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
- 3 - Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, são oferecidas pela [REDACTED] duas opções:
- Cobertura parcial temporária – o beneficiário não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses;
 - Agravado – acréscimo no preço mensal do plano para que o beneficiário tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais. Para esta opção, deverá procurar uma agência de atendimento da [REDACTED] para dar início ao processo específico de solicitação de adesão com cálculo do agravado, não devendo realizar nenhum pagamento ao corretor.
- 4 - Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não-declaradas até que a operadora apresente as provas concretas à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do contrato nem do atendimento.
- 5 - A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada pela ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato.
- Nesse caso, V. Sa. será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver sido recebido o comunicado ou a notificação da operadora, alegando a existência de doença ou lesão preexistente não-declarada.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

PREENCHIMENTO PELO PROPONENTE TITULAR, POR SI E PELO(S) DEPENDENTE(S)		RESPONDA ESCRREVENDO "SIM" ou "NÃO"				
INFORME SE É PORTADOR OU SE JÁ SOFREU DE		TIT (0)	DEP (1)	DEP (2)	DEP (3)	DEP (4)
1 - Doenças do aparelho cardiocirculatório (como angina, infarto, pressão alta, arritmias, aneurisma de aorta, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, entre outras).						
2 - Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, hipertireoidismo e hipotireoidismo, entre outras).						
3 - Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou auto-imunes (como anemias, púrpuras, talassemias, HIV, AIDS e suas complicações, lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatóide, entre outras).						
4 - Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (como derrame, aneurisma cerebral, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia e doenças congênitas do sistema nervoso, entre outras).						
5 - Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta (como asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, sinusite e desvio de septo nasal, entre outras).						
6 - Doenças ortopédicas (como artrose, hérnia de disco, deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, deformidades ósseas congênitas e fraturas de repetição, entre outras).						
7 - Doenças ou tumorações malignas (como leucemia, mieloma múltiplo, carcinomas, melanomas, linfomas e todos os tipos de câncer).						
8 - Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor masculino ou feminino (como cálculo renal, insuficiência renal, infecção urinária de repetição, incontinência urinária, doenças da próstata, cistos de ovário, mioma uterino e nódulos de mama, entre outras).						
9 - Qualquer outra doença que não se relacione ou não se encontre descrita nas perguntas anteriores, ou que tenha gerado ou não internação.						

No caso de resposta SIM a qualquer uma das questões acima, ESPECIFIQUE no quadro da página seguinte.

Quadro de Peso e Altura	DEPENDENTES				
	TITULAR	DEP(1)	DEP(2)	DEP(3)	DEP(4)
Peso (kg)					
Altura (m)					
IMC					
Até 18,5 - abaixo do peso					
De 18,5 a 24,9 - peso normal					
De 25,0 a 29,9 - sobrepeso					
De 30,0 a 34,9 - obesidade grau I					
De 35,0 a 39,9 - obesidade grau II					
40,0 ou mais - obesidade grau III					

O IMC – Índice de Massa Corporal – é calculado pela seguinte fórmula: peso dividido pela (altura x altura). Exemplo: peso = 80 kg; altura = 1,71 m: dá IMC = 27,35. PESSOAS COM IMC IGUAL OU MAIOR DO QUE 30 SERÃO CONTATADAS PELA AMIL PARA O AGENDAMENTO DE UMA ENTREVISTA QUALIFICADA.

$$IMC = \frac{\text{Peso}}{\text{altura} \times \text{altura}}$$
 Ex.: peso: 80 kg; altura: 1,71 m x 1,71 m

$$\frac{80 \text{ kg}}{1,71 \text{ m} \times 1,71 \text{ m}} = 27,35$$

Local e data: _____ Assinatura do proponente/responsável: _____

2ª via - Cliente

SOLICITAÇÃO DE ADESÃO PARA
BENEFICIÁRIOS PESSOA FÍSICA

CONTRATO Nº PF-
ANS -

Nº DA SOLICITAÇÃO DE ADESÃO

DECLARAÇÃO DE SAÚDE (informações complementares)

Caso algum dos participantes desta proposta apresente alguma das situações citadas anteriormente, especifique a razão da mesma (informe datas, tratamentos, quadro atual e tudo o mais que julgar importante para a avaliação da sua saúde).

Item	Beneficiário	Esclarecimento

DECLARAÇÃO DE SAÚDE – ENTREVISTA QUALIFICADA

<input type="checkbox"/>	1. Declaro que fui orientado por médico credenciado da ANS no preenchimento da Declaração de Saúde acima.
<input type="checkbox"/>	2. Declaro que fui orientado por médico particular de minha confiança no preenchimento da Declaração de Saúde acima.
<input type="checkbox"/>	3. Declaro que me foram oferecidas as opções 1 e 2 acima especificadas e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, deixei de fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.
Assinatura do proponente/responsável	
Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM	

TERMO DE RESPONSABILIDADE E DECLARAÇÕES ESPECÍFICAS

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas nesta proposta, inclusive as que estão impressas, que coincidem com as da cópia carbonada em meu poder. Declaro ter ciência dos termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe sobre a perda de direitos e responsabilidade por omissão de circunstâncias ou declarações inexatas que possam influir na aceitação desta proposta.

Declaro também:

1. Que recebi o Orientador Médico do plano por mim escolhido.
2. Que recebi e tenho conhecimento do inteiro teor das Condições Gerais dos Planos da ANS expressas no contrato ANS- que contém o plano por mim escolhido.
3. Que nestas Condições Gerais estão descritas todas as características que regem o Plano de Saúde por mim escolhido e os Aditivos opcionais relacionados na Solicitação de Adesão.
4. Que nestas Condições Gerais estão descritas todas as situações específicas definidas em acordo com o que determina a Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, e todas as disposições que a regulamentaram, em especial no que diz respeito a exclusões de cobertura, carências, condições de pagamento e reajustes, além de variações de preços por faixas etárias.
5. Que a ANS poderá utilizar todos os meios de prova em direito admitidos para elucidar eventos médico-hospitalares relacionados aos beneficiários desta Solicitação de Adesão, pelo que autorizo os prestadores de serviços a fornecer as informações necessárias ao médico indicado pela ANS.

Local e data: _____ Assinatura do proponente/responsável: _____

NUMERO

Página 1 de 2

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Esta é sua Declaração de Saúde e de seus dependentes.

Procure ler com muita atenção as informações importantes e as perguntas que se seguem, respondendo-as de próprio punho, de forma clara e precisa.

O correto preenchimento deste documento, especialmente em relação a doença(s) e lesão(ões) preexistente(s), é a sua garantia de cobertura contratual.

Ao preencher a Declaração de Saúde e assiná-la, o beneficiário assume a responsabilidade pelas informações prestadas, sujeitando-se ao disposto no artigo 422 do Código Civil Brasileiro:

"Art. 422. Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé".

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1 - A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

2 - É direito do proponente ser orientado sem ônus financeiro, no preenchimento da Declaração de Saúde, por um médico indicado pela Operadora. Caso opte por um profissional de sua livre escolha, deverá assumir o ônus financeiro desta opção.

Declare o peso atual (kg)	Benef. Princ.	1º Dep.	2º Dep.	3º Dep.
Declare a altura atual (m)	Benef. Princ.	1º Dep.	2º Dep.	3º Dep.

ITENS - Os itens de 01 a 13 deverão ser preenchidos com SIM/NÃO.	Benef. Princ.	1º Dep.	2º Dep.	3º Dep.
01) Tem ou teve doenças do aparelho respiratório? (Asma, bronquite, pneumonia ou amigdalite de repetição, enfisema, aumento de adenóide, desvio de septo nasal, doença do ronco, entre outras).				
02) Tem ou teve doença cardiocirculatória? (pressão alta, infarto, angina, arritmia, aneurisma, trombose, embolia, varises, hemorroidas, entre outras). É portador de marca passo? É portador de stent?				
03) Tem ou teve doença neurológica? (Epilepsia, derrame, Alzheimer, Parkinson, hemorragia cerebral, paralisia cerebral, enxaqueca, entre outras).				
04) Tem ou teve doença psiquiátrica? (depressão, esquizofrenia, pânico, entre outras). Já esteve internado por doença mental?				
05) Tem ou teve doença endócrina? (glândulas) ou metabólicas (diabetes, doenças da tireóides, supra-renal, hipófise, mama, ovário, testículo, obesidade, entre outras).				
06) Tem ou teve doença osteomuscular? (hérnia de disco, desvios da coluna, fraturas de repetição, artrite, artrose, bico de papagaio, lesões de menisco, ligamento ou tendões, entre outras).				
07) Tem ou teve doenças dos olhos? (miopia, hipermetropia, astigmatismo, catarata, lesões de retina ou córnea, ceratocone, glaucoma, estrabismo, entre outras). Usa óculos ou lentes corretoras?				
08) Tem ou teve doença maligna? (leucemia, linfoma, mieloma, câncer, entre outras). Já foi submetido a radio ou quimioterapia?				
09) Tem ou teve doenças do sangue, imunológicas, do colágeno, ou doença auto imune? (anemia, hemofilia, púrpura, talassemia, HIV, AIDS e suas complicações, artrite reumatóide, lúpus, esclerose múltipla, entre outras).				
10) Tem ou teve doença do aparelho digestivo? (gastrite, esofagite, hérnia de hiato, doença de Crohn, ou outra doença intestinal, cálculo de vesícula, doença do pâncreas, cirrose, hepatite, entre outras).				
11) Tem ou teve doença do aparelho gênito urinário? (cálculo renal, infecção urinária de repetição, insuficiência renal, incontinência urinária, hérnia, doença da próstata, testículo, endometriose, mioma, entre outras). Já foi submetido a diálise ou hemodiálise?				
12) É portador de doença congênita (desde o nascimento)? Alguma síndrome? (Down, Marfan ou outras). Algum defeito físico aparente? É portador de alguma seqüela? Usa alguma prótese ou órtese?				
13) Tem ou teve qualquer doença ou lesão que não tenha sido abordada no rol das perguntas anteriores? Encontra-se em tratamento médico ou internado? Está grávida? (apenas para as mulheres).				

[illegible]

Nome legível do Médico Orientador